



**UNIVERSIDADE DO MINHO  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO  
ANO LETIVO 2014/2015 – 4º ANO**

**Autor: Neusa Sousa Fonseca**

**Mindelo, Setembro de 2015**



Trabalho apresentada à Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem.

*Assistência de Enfermagem às Gestantes com VIH*

**Discente:** Neusa Sousa Fonseca, N° 2559

**Orientadora:** Fernanda Évora Neves Duarte

Mindelo, Setembro de 2015

## **DEDICATÓRIA**

Este trabalho é dedicado principalmente a minha filha **Mayra Paula Fonseca da Cruz** e aos meus pais **Marciano Fonseca** e **Micaela Joana Sousa**, que neste período da minha formação superior, me ajudaram com paciência, carinho e compreensão, dando muita força e apoio, nesta etapa importante da minha vida, a eles e os demais um muito obrigado.

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de agradecer a todas as pessoas que contribuíram para a realização deste trabalho e que sem dúvida sem eles o percurso seria mais difícil.

Em primeiro lugar á minha filha, pelos vários momentos em que tive de me ausentar, por compreender e suportar a minha ausência.

Ao meu pai, que acreditou em mim, apoiando-me sempre nas horas em que eu precisei.

À professora Mireya Cáceres, por não me deixar desistir quando isto parecia o caminho mais fácil.

À prof. Suely Reis, que esteve pronta á me ajudar sempre que solicitada.

Aos meus familiares, em geral que estiveram sempre comigo durante esta etapa, dando-me força para que eu conseguisse realizar este sonho.

À enfermeira Célia que pela paciência e por se manter incansável sempre encorajando-me para eu não desistir.

Aos Enfermeiros do Centro de Saúde de Ribeirinha que disponibilizaram em me ajudar no meu percurso de desenvolvimento profissional.

À minha orientadora Clínica pelo apoio dispensado durante esta etapa.

À todos os que, de forma direta ou indireta, contribuíram para que esta pesquisa fosse concluída.

Á todos o meu sincero obrigada.

## Índice

Introdução.....	11
Justificativa e Problemática.....	13
CAPÍTULO I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	17
1.1. História natural do VIH .....	18
1.2. Etiologia e fisiopatologia do VIH/SIDA .....	19
1.2.1. Agentes Etiológicos.....	21
1.2.2. Sinais e Sintomas.....	21
1.2.3. Resposta Imunológica Face à Infecção pelo VIH.....	22
1.2.4. Modos de Transmissão do VIH .....	22
1.2.5. Terapêutica Anti Retroviral nas gestantes .....	23
1.3. VIH/SIDA e gestação .....	26
1.3.1. Períodos em que pode ocorrer a transmissão vertical do VIH.....	27
1.3.2. Prevenção da Transmissão Vertical do VIH.....	27
Aconselhamento durante a gravidez .....	27
1.3.3. Fatores associados à transmissão vertical do VIH.....	30
1.4. Estigma e Preconceitos face a gestante com VIH/SIDA .....	31
1.5. Diagnósticos de enfermagem.....	32
1.6. Assistência de enfermagem no acompanhamento as grávidas seropositivas durante a gestação .....	37
1.6.1. Contributo de Enfermagem as Grávidas Seropositivas e a Família .....	40
1.6.2. Educação para a Saúde .....	40
1.6.3. Cuidados às Gestantes com VIH à Luz das Teorias de Enfermagem.....	43
CAPITULO II-PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....	48
2.1. Metodologia .....	49
2.1.1. Tipo de estudo.....	49
2.1.2. Campo Empírico.....	50
2.1.3. Selecção dos Participantes.....	50

2.1.4. Instrumentos de colheita de informações .....	50
2.1.5. Questões éticas de investigação.....	51
CAPITULO III-FASE EMPIRICA .....	53
2.1. Apresentação e Analise dos Dados .....	54
2.1.1. Apresentação dos dados.....	54
2.1.2. Caracterização dos Participantes .....	54
2.1.3. Analise dos dados .....	55
Considerações Finais.....	66
Recomendações .....	68
Referências bibliográficas .....	69
Anexos e Apêndices .....	76

## RESUMO

Este trabalho cujo tema é a Assistência de Enfermagem às Gestantes com VIH, realça a necessidade da enfermagem desenvolver estratégias que visam uma boa assistência e, conseqüentemente, o estímulo da aderência das gestantes seropositivas ao uso de medicamentos e de comportamentos promotores de saúde.

A expansão da epidemia do VIH/SIDA em mulheres ocorre, principalmente em idade fértil, fato este, que acarreta um aumento da transmissão materno-infantil do VIH. E isso traz preocupações maiores para estas mulheres, que apesar de estarem grávidas poderão passar o vírus para a criança.

Trata-se de um estudo qualitativo exploratório, cujo objetivo principal é identificar a assistência prestada pelos enfermeiros nos cuidados às gestantes com VIH, nos centros de saúde de São Vicente. Contamos com a participação de seis enfermeiros, todos funcionários dos centros de saúde de São Vicente, atuando nos sectores de enfermagem materna e obstétrica.

Os dados foram colhidos através da técnica de entrevista, a fim de analisar as intervenções de enfermagem prestadas as gestantes com VIH. Posteriormente os dados foram analisados qualitativamente, utilizando a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin.

Os resultados evidenciaram que os enfermeiros têm feito um papel importante no aconselhamento dessas gestantes, contribuindo assim para um gravidez estável e conseqüentemente um parto seguro. Não obstante, as gestantes devem ter acompanhamento multiprofissional e poder contar com o apoio das suas famílias de modo que não se sintam excluídos do meio em que vivem e da sociedade.

**As palavras-chave:** VIH/SIDA, gestação, assistência de enfermagem, transmissão vertical



## **ABSTRACT**

This work whose theme is Assistance to the Pregnant Women with HIV / AIDS, emphasize the necessity nursing the need has to develop strategies towards a good assistance and consequently, stimulate the adherence of the pregnant women with HIV to take the prescribed medicines and have an appropriate behavior which leads to a good health.

The spread of the HIV / AIDS epidemic occurs mainly in the fertile age, what contributes an increase of the HIV transmission from mother to child during birth. This brings bigger constraints to these women that despite being pregnant can pass the virus to the child.

This is an exploratory and qualitative study which the main goal is to know the assistance given by the nurses to when they are looking after the pregnant women with HIV / AIDS in the health centers in S. Vicente. We interviewed six nurses; all of them work in birth and obstetrician nursing in the health centers in S. Vicente.

All the data in this work were collected through interview with the purpose to analyze the nursing interventions towards pregnant women with HIV. Later on the data were analyzed qualitatively using the analyze technique proposed by Bardin

All the results show that the nurses have played an important role advising these pregnant, thus contributing for a stable pregnancy; consequently they can give birth safely. In spite of these cares, the pregnant women must be followed by multi-professionals and have the support from their families so they will not feel rejected from the society where they live and the whole society.

**The Key words:** HIV/AIDS, pregnancy, nursing assistance, vertical transmission

## LISTA DE ABREVIATURAS

**ARV**- Antirretroviral

**AZT**- Zidovudina

**CCS - SIDA** - Comité de Coordenação e Combate à SIDA

**CDC**- *Centers for Disease Control and Prevention*

**CD4**-Exame de carga viral (que é feita aos pacientes, para avaliar a sua imunidade).

**DNA**-Ácido desoxirribonucleico, que é uma substância química envolvida na transmissão de caracteres.

**DST**-Doenças Sexualmente Transmissíveis

**EPS** – Educação para a Saúde

**HAN**-Hospital Agostinho Neto

**H.B.S**- Hospital Baptista De Sousa.

**HAART**-*Active Anti-Retroviral Therapy*

**IDSR II** -Inquérito Demográfico de Saúde Reprodutiva II

**IST**– Infecção sexualmente Transmissível

**3TC** - Lamivudina

**NVP** - Nevirapina

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**PLS** - Programa de Luta contra a SIDA

**PTV**- Profilaxia transmissão vertical

**PVVIH** - Pessoas que Vivem com VIH

**PACTG076**- *Pediatric AIDS Clinical Trials Group 076*

**RNA**- Ácido Ribonucleico

**SIDA** – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

**TARV**-Tratamento Anti-retroviral

**UDI** - Usuários de Drogas Injetáveis

**UNAIDS** - *Joint United Nations Program on HIV/AIDS*

**VIH** - Vírus da Imunodeficiência Adquirida

## INTRODUÇÃO

O trabalho que ora se apresenta, constitui um trabalho de conclusão de curso, de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade do Mindelo, cujo tema é: “*Assistência de Enfermagem às Gestantes com VIH* (Vírus da Imunodeficiência Humana) ”.

A evolução da epidemia do VIH/SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) é um dos principais problemas de saúde a nível mundial e que afeta também a população cabo-verdiana, pois, constitui um desafio em diversos níveis, uma vez que, tem vindo a afectar as mulheres, e consequentemente a ocorrência da transmissão vertical do VIH.

Pensa-se que com o desenvolvimento deste trabalho, será possível estimular a reflexão da prática profissional contribuindo para uma melhor assistência de enfermagem nas gestantes com VIH e despertar o interesse na realização de mais pesquisas que envolvam esta temática.

Sendo assim o objeto de estudo será as intervenções de enfermagem às gestantes com VIH, pois, será de extrema importância, uma vez que, irá possibilitar a análise dos atendimentos dos enfermeiros na prestação dos cuidados com as mesmas.

O interesse em estudar este tema surgiu no âmbito do ensino clínico na enfermaria da Maternidade do Hospital Baptista de Sousa (HBS), onde deparou-se que uma gestante seropositiva não fez as consultas pré-natais, pondo em risco a sua saúde e à do seu filho.

A pertinência desta investigação, também surgiu do interesse pessoal em entender a importância deste tema para a enfermagem, adquirir e aprofundar os conhecimentos sobre o mesmo, também, outro fator impulsionador para a realização deste trabalho, foi o fato de pretender estimular os profissionais de enfermagem para a melhoria de cuidados prestados às gestantes seropositivas.

O estudo, inicialmente constituiu-se numa pesquisa bibliográfica recorrendo-se a livros, documentos técnicos, revistas científicas, teses, para uma revisão da literatura existente sobre o assunto em questão, com o objetivo de conhecer e analisar as principais contribuições teóricas existentes sobre o tema e o problema em estudo.

E como recurso metodológico optou-se por escolher uma pesquisa de cariz qualitativa, onde utilizou-se a entrevista estruturada para a recolha de informações e a análise de conteúdo para a análise dos mesmos.

Este trabalho encontra-se dividido em 3 Capítulos, sendo que no capítulo I, fez-se o enquadramento teórico na qual foram definidos os conceitos chaves sobre a temática em estudo. No capítulo II debruçámos sobre os procedimentos metodológicos, nomeadamente a metodologia utilizada, descreveu-se os procedimentos adotados para realizar a pesquisa, o campo empírico, o método e o instrumento de recolha de dados. No capítulo III foi apresentado e analisado os dados, também feitas as considerações finais.

## **Justificativa e Problemática**

O mundo está constantemente a evoluir, isso nota-se com o desenvolvimento de novas tecnologias voltadas para a saúde, mas, ainda não foi possível encontrar a cura para o VIH/SIDA, que afeta a humanidade, sendo as mulheres as mais vulneráveis.

E neste sentido, Fonseca (2011, p.54), acrescenta que, “com o crescimento da infecção pelo VIH na população feminina, surge a preocupação com o controle da transmissão vertical e o desenvolvimento de ações voltadas para a captação precoce das gestantes, bem como para a rapidez no diagnóstico da infecção pelo VIH”.

Segundo o Ministério da Saúde de Cabo Verde, (2007, p. 51) “o primeiro caso do VIH diagnosticado em Cabo Verde foi no ano de 1986, relativamente ao continente Africano, Cabo Verde apresenta uma taxa de prevalência de VIH/SIDA de 0,8%, portanto, a menor de África, sendo, 1,1% nos homens e 0,4% nas mulheres”, mas apesar de ser o país com menor taxa de VIH/SIDA, não exclui a preocupação com essa epidemia, nomeadamente com às gestantes.

Em Cabo Verde, a população sexualmente ativa, a taxa de VIH é cerca de 1%. A região do Sotavento continua sendo a mais atingida pela epidemia com uma prevalência de 1,1%, e 0,1% para a região de Barlavento (Ministério da Saúde de Cabo Verde, 2007, p.43).

De 1987 à 2009, “o total de casos acumulados de infectados pelo VIH/SIDA foi de 2.888 pessoas, dos quais 44,7% (1.290) são do sexo masculino, 53,4% (1.541) do sexo feminino e 2% (57) não foram identificados. Deste total, 44,6% (1.288) desenvolveram a doença. Apesar da taxa de prevalência do VIH/SIDA no país ser considerada baixa, a incidência dos casos de infecção VIH tem vindo a aumentar” (UNAIDS, 2011, p. 232).

Ainda, de acordo com o Ministério da Saúde de Cabo Verde (2005) e o Comité de Coordenação e Combate à SIDA (CCS-SIDA, 2006, p.5), “o principal modo de transmissão é a via sexual que representa mais de 80% dos casos notificados”.

Esta epidemia está presente nas nove ilhas habitadas do arquipélago e as taxas variam de uma ilha para outra. Os dois tipos de vírus circulam no país, sendo que o VIH-1 é predominante em relação ao VIH-2. De acordo com os dados do segundo Inquérito Demográfico da Saúde Reprodutiva (IDSR II) feito em 2005, “o VIH/SIDA atinge todos os segmentos da população porém, a faixa etária mais atingidas são jovens com idade

compreendida entre 25 e 29 anos com cerca de 2%, e indivíduos com idade compreendida entre 45 e 49 anos, com 2,5%” (INE-Instituto Nacional de Estatística, 2008, p.47).

De acordo com os Relatórios estatísticos da Delegacia de Vicente “em 2012 havia 114 seropositivos em tratamento dos quais 1 era uma criança. Dos 114, 58 eram do sexo masculino e 56 do sexo feminino. O relatório ainda refere que havia 8 grávidas dentre as quais 4 eram conhecidas e 4 eram casos novos”.

Em 2013 “o acumulado de seropositivos foi de 104, entre os quais 43 do sexo masculino e 61 do sexo feminino. E em TARV (Terapêutica Anti-Retroviral) houve 129 adultos (67 do sexo masculino e 62 do sexo feminino. Os casos novos de seropositivos foram de 52 adultos (28 sexo masculino e 24 sexo Feminino). Grávidas foram 7 casos novos e 4 já conhecidas”.

Em 2014 “o acumulado de seropositivos foi de 86 adultos (31 do sexo masculino e 55 do sexo feminino). Em TARV havia 151 casos (76 do sexo masculino, 75 do sexo feminino e 2 crianças). Casos novos foram de 34 (18 masculino e 16 do sexo feminino) e grávidas foram 5”.

Em relação a prevalência do VIH/SIDA nas grávidas em Cabo Verde, “um sistema de vigilância sentinela do VIH, foi instaurado nas mulheres grávidas e permitiu obter taxas de prevalência aumentando de 0,48% em 1989 para 1,13% em 2002” (Relatório do PLS do Ministério da Saúde 2005, p.62).

Entretanto, de acordo com Cabral (2000, p. 323) “ter um filho é para muitas mulheres um projeto central do ser mulher, contudo, no contexto de uma infecção VIH, esse desejo de ser mãe tende a ser difícil em relação ao conhecimento de que poderá passar o vírus para a criança”.

Sendo que, “a gravidez não é uma experiência estática nem passageira, mas completa de crescimento e modificações, enriquecimento e desafio” (Canavarro, 2006, p.17).

Porém, “muitas mulheres só têm conhecimento de estarem infetadas pelo VIH na gravidez, e algumas só durante o parto ou, até mesmo, depois do diagnóstico da infeção no filho, nesta última situação, não é feita qualquer intervenção no sentido de prevenir a transmissão vertical” (Amaral; Gomes; Milanez; Cecatti; Vilela e Silva 2007, p.357).

De acordo com Almeida (2010, p.41), “mais de 95% de todas as crianças infetadas com VIH vivem na África, e a maioria delas adquiriu a infecção por transmissão vertical”.

Relativamente à Cabo Verde os dados apontam que, “entre 2002 e 2011 foram notificados 2800 novos de casos de infecção por VIH dos quais 373 em 2011 sendo 226 casos em mulheres e 147 casos no homens” (Relatório Estatístico do MS 2011, p.12).

Até 31 de Março de 2012, “o total de pessoas que vive com VIH (PVVIH), em Cabo Verde, sob controlo do programa de luta contra a SIDA/PLS é de 1758, dos quais 93,3% são adultos e 6,7% são crianças. Nesse total, 42,3% (743 pessoas) já estavam em TARV dos quais 54,3% mulheres”.

Segundo o IDSR II (Inquérito Demográfico de Saúde Reprodutiva II), quanto ao tipo de vírus, desde sempre, circulam, no país, os dois tipos, embora a infecção pelo VIH1 tenha vindo a ser cada vez mais importante, como mostram os relatórios anuais do Ministério da Saúde (66,7% VIH1, 23% VIH2 e 5% VIH1+VIH2 em 2009).

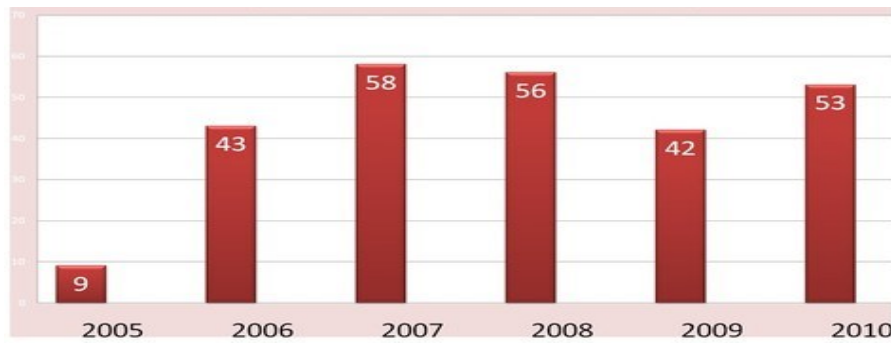
Segundo o secretário executivo do CCS-SIDA, “a taxa de transmissão do VIH-Sida de mães para filhos em Cabo Verde é de menos 3%, sendo que 97% das crianças nascidas de mães seropositivas nascem seronegativas, disse hoje o secretário executivo da CCS-SIDA” (Correia, 2015)<sup>1</sup>.

<http://www.inforpress.cv/index.php/PT/sociedade/114327-a-taxa-de-transmissao-do-vih-sida-de-maes-para-filhos-em-cabo-verde-e-de-menos-3>

---

1

**Gráfico 1: Número de mulheres grávidas diagnosticadas com VIH, de 2005 a 2010**



Fonte: [stopsida.blogs.sapo.cv/tag/estatisticas+de+cabo+verde](http://stopsida.blogs.sapo.cv/tag/estatisticas+de+cabo+verde)

Logo, para uma melhor compreensão do tema, achou-se pertinente a formulação da seguinte pergunta de partida: **Qual a assistência de enfermagem prestada às gestantes com VIH nos centros de saúde de São Vicente?**

E para responder a pergunta de partida, foi delineado o seguinte **objectivo geral**:

- Identificar a assistência prestada pelos enfermeiros nos cuidados às gestantes com VIH nos centros de saúde de São Vicente

Para sustentação e alcance desse objectivo, são necessários, também os **objectivos específicos**, entre os quais se definiram os seguintes:

- Identificar dificuldades encontradas na prestação de cuidados às gestantes portadoras de VIH/SIDA.
- Conhecer o impacto do VIH/Sida durante a gestação;
- Verificar a adesão a terapêutica anti-retroviral, por parte das gestantes;
- Conhecer a função do enfermeiro, face as gestantes seropositivas.



## **CAPÍTULO I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

Neste capítulo será exposto conceitos inerentes a problemática em estudo, fundamentais para a compreensão do trabalho, nomeadamente a Etiologia e Fisiopatologia VIH/SIDA, Terapêutica Anti Retroviral nas gestantes, Assistência do Enfermeiro no acompanhamento as grávidas seropositivas durante a gestação, Teoria de Enfermagem, Estigma e Preconceitos face a gestante com VIH/SIDA e Intervenções de Enfermagem.

## **1.1. Historia natural do VIH**

Segundo o Ministério de Saúde, (2006, p.120), “o SIDA foi reconhecida em 1981, nos Estado Unidos da América, a partir da identificação de um número elevado de pacientes adultos do sexo masculino com comprometimento do sistema imune, o que levou à conclusão de que se tratava de uma nova doença”.

Durante a progressão da doença, “existe replicação vírica persistente mas com intensidade variável, sendo mais notória na fase de primeira-infecção e na fase sintomática. No decurso da doença, ocorre deterioração progressiva da imunidade, com destruição de linfócitos T CD4+ estimada em 50 a 100 mmc por ano” (Miranda, 2003, p.587).

Conforme o autor Stanhope e Lancaster (1999,p.55),

“ ao entrar no organismo, o VIH infecta principalmente as células linfáticas e torna-se latente durante vários meses ou anos, pelo que a pessoa está aparentemente bem e livre de sintomas. São necessários, cerca de 11 anos para que a doença sintomática desenvolva, e durante o período de incubação, a pessoa tem uma deterioração gradual do sistema imunitário”.

Ainda os autores acrescentam que,

“cerca de 4 semanas após a infecção e durante o período de produção de anticorpos, alguns indivíduos tem uma doença de curta duração semelhante a mononucleose. Depois de um período variável -geralmente 6 semanas a 3 meses – os anticorpos do VIH aparecem no sangue. O SIDA, é o último estágio do longo contínuo da infecção pelo VIH e pode resultar danos causados pelo VIH, cancro secundários ou organismos oportunistas (*Ibidem*)”.

Além dos casos nos Estado Unidos da América, posteriormente, alguns casos, ocorridos nos últimos anos da década 70, foram identificados como tendo sido SIDA:

- Em sua primeira fase, de 1980 a 1986, caracterizava-se pela transmissão homo/bissexual masculino, de escolaridade elevada.

- Em seguida, de 1987 a 1991, caracterizava-se pela transmissão sanguínea e pela participação de usuários de drogas injectáveis (UDI), dando início nessa fase a um processo mais ou menos simultâneo de pauperização e interiorização da epidemia.

- Nos últimos anos, de 1992 até os dias atuais, um grande aumento de casos por exposição heterossexual vem sendo observado, assumindo cada vez maior importância o número de casos em mulheres (feminização da epidemia).

- Hoje, a principal via de transmissão em crescimento é a heterossexual (em 1991, 15,7%; em 1997, já se atinge a cifra de 36,3%; em 2003, 58,3%, mantendo-se essa tendência até os dias atuais) ” (*Ibidem*).

## **1.2. Etiología e fisiopatología do VIH/SIDA**

Conforme, Menche e Shaffler (2004;p.424), “SIDA (síndrome da imunodeficiência humana) é doença imunossupressora, provavelmente fatal, descrita pela primeira vez em 1981, conseqüente a uma infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) ”.

Para OMS (Organização Mundial de Saúde) (1998;p.17),

“ O Síndrome da Imunodeficiência Adquirida é causado pelo VIH, um vírus que ataca o sistema imunológico do corpo. ‘S’ é de síndrome, uma combinação de sinais e sintomas que formam um quadro clínico distinto de uma disfunção; ‘I’ e ‘D’ são da imunodeficiência; o sistema imunológico ou protector de uma pessoa cede e esta torna-se vulnerável a infecções. ‘A’ é de adquirida o que significa que a doença não é hereditária nem congénita”.

Os autores Oliveira, Mann e Santos (2002,p.9), acrescentam que o “VIH identifica um processo viral que ataca o sistema imunológico humano e destrói as células que defendem o organismo contra infecções”.

No parecer de Lowdermilk Perry (2008;p 126) “a síndrome da imunodeficiência adquirida é caracterizado por uma depressão grave do sistema imunitário celular resultante da infecção pelo VIH”.

Outro ensinamento dos autores, Stanhope e Lancaster (2003, p.854) é que, “a infecção pelo VIH, é causada por um retrovírus, o vírus da imunodeficiência humana, que foi descoberta em 1983. O VIH provoca deficiências imunológicas que deixam o hospedeiro susceptível a infecções oportunistas e a cancros”.

Já para os autores Tenório e Leal (1995;p.825), “a síndrome da imunodeficiência adquirida AIDS é causada por dois retrovírus, HIV1 e HIV2, ambos provocam uma infecção lenta e progressiva que culmina com o surgimento de infecções oportunistas e neoplasias raras”.

No dizer de Oliveira, Mann e Santos (2002,p.11), “o VIH é um retrovírus humano que tem a capacidade de infectar linfócitos (células de defesa) através de seus recetores CD4, com isso, a pessoa fica vulnerável a doenças oportunistas que podem levar o doente a SIDA”.

Ainda, Correia, Pereira e Moniz (2003,p.188), acrescenta que, “o SIDA é provocado por um retrovírus, o vírus da imunodeficiência humana (VIH). O vírus é transmitido de pessoa para pessoa através das relações sexuais, sangue infectado, agulhas e seringas e outros instrumentos infectados, via transplacentária, leite materno, ou contacto”.

Como caracteriza a Direcção Geral de Saúde (2000, p.38),

“o vírus da imunodeficiência humana, subtipos 1 e 2 (VIH1 e VIH2), pertencente ao grupo dos retrovírus, é o agente etiológico da SIDA. Nesta afecção verifica-se uma depressão do sistema imunitário nos indivíduos infectados, o que leva ao surgimento de infecções oportunistas e a alguns tipos de neoplasias”.

### 1.2.1. Agentes Etiológicos

Conforme Pereira, Costa e Moniz (2005, p.16), “os Vírus da Imunodeficiência Humana tipo 1 e tipo 2 (VIH-1 e VIH-2), são os agentes causadores do SIDA”.

O Ministério de Saúde (2006,p.121) alega que, “o VIH-1 foi isolado em 1983 de pacientes com SIDA pelos pesquisadores Luc Montaigner, na França e Robert Gallo, nos EUA. Em 1986, foi identificado um segundo agente etiológico, também retrovírus, com características semelhantes ao VIH-1, denominado VIH-2”.

São retrovírus com genoma ARN (Ácido Ribonucleico), da família *Lentiviridae*, pois para (Calado, 2011, p.155),

“pertencem ao grupo dos retrovírus citopáticos e não-oncogénicos, necessitando, para multiplicar-se, de uma enzima denominada transcriptase reversa, responsável pela transcrição do ARN viral para uma cópia DNA, que pode então integrar-se ao genoma do hospedeiro”.

A infecção pelo VIH-2 caracteriza-se “por um período assintomático mais longo, uma depleção dos Linfócitos TCD4 mais lenta, uma menor carga viral, uma taxa de transmissão mais baixa relativamente ao VIH-1” (Pereira *et al*, 2005, p. 16).

### 1.2.2. Sinais e Sintomas

De acordo com Menche e Shaffler (2004;p.424), “aproximadamente 1-3 semanas a seguir a infecção, uma parte das pessoas infetadas desenvolvem um quadro sintomático de gripe (infecção aguda pelo VIH), com febre, dores nos membros, faringite, erupção cutânea aumento dos gânglios linfáticos”.

Do mesmo modo, a Direção Geral da Saúde (2000, p.38), diz que, “algumas semanas após a infecção pelo VIH, pode surgir a síndrome retroviral aguda, caracterizada por: febre, mal-estar geral, linfadenopatias e erupção macular cutânea”.

### **1.2.3. Resposta Imunológica Face à Infecção pelo VIH**

De acordo com O VIH destrói preferencialmente parte ou a totalidade das células linfócitos T, com, moléculas CD4 na sua superfície. Inicialmente, existe uma fase de infeção relativamente rápida, muito virulenta, e que é também a fase de maior probabilidade de contágio, embora o estado serológico do indivíduo seja ainda negativo. Depois “há uma variação dos valores tanto de CD4 como da carga viral, que corresponde a uma primeira resposta do sistema imunitário, na qual são criados anticorpos e a infeção é parcialmente controlada” (Sidarus, 2007, p.104).

Para o mesmo autor,

“ é após esta fase que o teste VIH passa a detetar os anticorpos. O tempo entre o contágio e a seroconversão geralmente demora entre 3 a 6 semanas. Após estas primeiras fases, atinge-se um patamar de progressão lenta da carga viral, no início do qual os valores de CD4, se situam ainda dentro do limiar do saudável”.

O tempo desta fase de latência é o mais variável e pode chegar a décadas. Por fim, há uma “fase de subida da carga viral quando se dá o colapso do sistema imunitário devido à diminuição excessiva dos linfócitos CD4. A doença (SIDA) instala-se e a progressão é rápida, acarretando o surgimento de infeções oportunistas, podendo levar à morte em menos de um ano” (Cambruzzi e Lara, 2012, p. 62).

### **1.2.4 Modos de Transmissão do VIH**

Segundo o Ministério de Saúde Brazil (2006, p.122), “as principais formas de transmissão do VIH são: sexual, sanguínea e vertical. Além dessas três formas mais frequentes, pode ocorrer também a transmissão ocupacional, ocasionada por acidente de trabalho, em profissionais de saúde”.

Identicamente, Shoppmeyer (2007, p.267), diz que, “os vírus são transportados nas secreções do corpo (sangue, espermatozoides, urina, fezes, expectoração, leite materno) dos indivíduos infetados”.

- Via Sexual: homens homo e bissexuais (cerca de 50%) indivíduos heterossexuais (20% em numero crescente);
- Via parentérica: toxicodependentes (cerca de 10%), devido a partilha de seringas e agulhas;
- Terapêutica com sangue e produtos de sangue (ex. nos doentes hemofílicos);
- Acidentes de trabalho nos profissionais de saúde;
- Pré /perinatal de uma mãe infectada com VIH para a criança 1 %.

Contudo, “a transmissão sexual é a principal forma de contágio, independentemente da orientação sexual, homo ou heterossexual” (Almeida, 2010, p. 41).

Segundo o autor supracitado, “a transmissão do VIH por via sanguínea está limitada à toxicodependência, uma vez que o risco de transmissão através de transfusões de sangue e seus derivados está praticamente controlado pelo rastreio sistemático e obrigatório das dádivas de sangue”.

Outro mecanismo de contágio da doença é a transmissão vertical. Este “merece reflexão e análise pelas múltiplas consequências que acarreta na criança, quer pela própria transmissão, quer pelo problema social que constituem os filhos saudáveis de pais com doença, que podem acabar por ficar órfãos precocemente, por morte prematura de seus pais” (Lopes, 2007, p.254).

Segundo a Direcção Geral de Saúde (200, p.39),

“ a transmissão da infeção de mãe para filho verifica-se durante a gravidez, por via transplacentária, na altura do parto ou após o mesmo e, ainda, através do leite materno. A possibilidade de uma mãe infectada, ainda que assintomática, transmitir a infeção ao filho é de 15 a 25%, se não houver tratamento”.

#### **1.2.4. Terapêutica Anti Retroviral nas gestantes**

Não existe uma cura após a infecção com o VIH, podendo ocorrer muitos anos entre a contaminação e o aparecimento da doença mas mais cedo ou mais tarde é fatal. Por isso, é logo após a descoberta da sua contaminação a utente deve ser encaminhada de modo a iniciar o tratamento mais cedo possível

Pois, Phipps e Marek (2003, p.2473) enfatizam que “o desenvolvimento recente de medicamentos tem melhorado significativamente os resultados em muitas pessoas infectadas por VIH”.

Segundo Gir, Vaichulonis e Oliveira (2005, p.634) “em 1986 surgiu o primeiro antirretroviral (ARV), a Zidovudina e gradativamente se foi conhecendo mais sobre a situação epidemiológica e as medidas preventivas necessárias”.

Para o Ministério da Saúde (2004,p.7), “as gestantes infetadas pelo VIH deverão sempre receber profilaxia com drogas anti-retrovirais com o objectivo de reduzir a transmissão vertical. A orientação de tratamento e não apenas de profilaxia irá depender de critérios clínicos e laboratoriais”.

Na opinião dos autores Frescina, Diaz Rosselo, Martinez, Granzoto, (2010, p.71), essas gestantes,

“ deverão receber a profilaxia com anti-retrovirais Zidovudina (AZT) durante a gravidez a partir da semana 28 de gestação AZT e Lamivudina (3TC), mais uma única dose de Nevirapina (NVP), durante o parto. Se a mãe recebeu menos de 4 semanas de AZT durante a gravidez, recomenda-se administrar AZT para a criança durante 4 semanas. Este esquema de tratamento profilático, realizado a mulheres VIH positivas que ainda não receberam tratamento, provou sua eficácia na redução da transmissão vertical mãe-filho”.

O conhecimento de que a transmissão vertical do VIH pode ocorrer em vários momentos, possibilitou a elaboração de uma proposta de intervenção profiláctica delineada pelo grupo de pesquisadores americanos e europeus, conhecida como protocolo 076 *Pediatric AIDS Clinical Trials Group* (PACTG076). Em 1994 “os resultados desta pesquisa, comprovaram a efetividade da zidovudina (AZT) na redução da transmissão vertical do VIH” (Marques, 2005, p.49).

Com base nestas evidências, no mesmo ano, “o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) publicou a recomendação para o uso de AZT pelas mulheres VIH positivas durante a gravidez e também durante o parto, e para as crianças durante as primeiras seis semanas de vida” (Ministério de Saúde de Cabo Verde, 2004, p.48 )

Hoje, considera-se como terapia ARV, o que foi denominado, *Highly Active Anti-Retroviral Therapy* (HAART), uma combinação de fármacos que agem em diferentes pontos da replicação viral. Os principais objetivos desta terapia são: “inibir a replicação viral, evitar o aparecimento de resistência viral, retardar a progressão da doença e a



imunodeficiência. Porém, entende-se como profilaxia da transmissão vertical do VIH, aquele esquema de ARV dirigido as grávidas com o objectivo de reduzir o mesmo” (Duarte, Figueiró e Quintana 2009).

Entretanto, ainda segundo o Ministério da Saúde de Cabo Verde (2004, p.48),

“ o início do esquema deve ser precoce, após o primeiro trimestre de gravidez, entre a 14 e 28 semanas, mas antes de iniciar o esquema, do ponto de vista clínico, na rotina de acompanhamento de grávidas com VIH positivas deverão ser realizados exames para monitorizar a situação imunológica (contagem CD4 e a carga viral). Quando possível, devem ser realizados no início do pré-natal e pelo menos no período próximo do parto (34ª semana), para se definir a via de parto”.

O uso de profilaxia com antirretrovirais deve ser iniciado a partir da 14ª semana de gestação e continua durante o trabalho de parto e parto até o clampeamento do cordão umbilical.

Contudo, Shoppmeyer (2007, p.269) reforça que, “não foi ainda desenvolvido uma terapêutica eficaz para as infeções do VIH, os medicamentos disponíveis retardam a evolução da doença, ao inibir a replicação do vírus, sem contudo eliminar”.

### 1.3. VIH/SIDA e gestação

De acordo com Canavarro (2006, p.17), “a gravidez não é uma experiência estática nem passageira, mas completa de crescimento e modificações, enriquecimento e desafio” entretanto embora exista o desejo da concepção, no caso das gestantes seropositivas, sabe-se que são muitas as dificuldades para que a gestação termine de forma tranquila e natural.

Pois, a gravidez,

“ transcende o momento da concepção e diz respeito a um processo que corresponde a um período que medeia a concepção e o parto. É uma época em que a mulher se prepara para ser mãe, ensaiando cognitivamente papéis e tarefas maternas, iniciando um processo de reestruturação de relações para incluir um novo elemento, bem como incorporar o filho na sua identidade (*Ibidem*)”.

Nessa perspectiva de Galvão, Cunha e Machado (2010, p.371), o quotidiano da gestante portadora do VIH/SIDA “é dominado por interrogações, dúvidas e incertezas. Ela preocupa-se em relação ao diagnóstico, convive com a expectativa quanto ao futuro da criança, [...], e ainda pode sofrer diversas situações permeadas por preconceito e estigma”.

Logo, “é extremamente importante o diagnóstico do VIH antes ou durante à gravidez, uma vez que a condição de seropositividade da mulher é o primeiro passo de controlo da transmissão vertical, e vai delimitar as medidas profilácticas a serem acolhidas” (Marques; Pereira; Silva e Soares, 2011, p.11).

Além de que, “atualmente, o número de mulheres infetadas vem crescendo em todo o mundo, sendo, a idade reprodutiva, a faixa etária mais afectada” (Filho, Tamura e Coelho, 2009 p.181).

Evidentemente, “o aumento no número de mulheres com VIH em idade fértil, trouxe como consequência o crescimento nas taxas de transmissão vertical do VIH. Sendo, a principal via de infeção pelo VIH na população infantil, com menos de 13 anos de idade” (Araújo; Silveira e Melo, 2008, p.1153).

### **1.3.1 Períodos em que pode ocorrer a transmissão vertical do VIH**

A transmissão vertical pode ocorrer durante a gestação, parto ou aleitamento materno, e, “vem aumentando cada vez mais devido ao crescente número de casos em heterossexuais. A transmissão durante a gestação (intra uterina) se faz possível durante qualquer fase da gravidez, sendo menos frequente durante os três primeiros meses” (Oliveira, Mann e Santos 2002;p.14).

Conforme Almeida (2010, p.41),

“ a maior parte dos casos da transmissão materna infantil do VIH (cerca de 65%) ocorre durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito, e os restantes 35% ocorrem durante a vida intra-uterina, principalmente nas últimas semanas da gravidez, havendo ainda um risco adicional de transmissão de 7 a 22%, por meio do aleitamento materno”.

Por esta razão, “as medidas preventivas que visam evitar esta forma de transmissão são extremamente importantes em todos os momentos em que há possibilidade de ocorrer a transmissão vertical, não devendo valer-se apenas ao período de maior risco” (Duarte; Figueiró e Quintana 2009, p.405).

### **1.3.1. Prevenção da Transmissão Vertical do VIH**

A prevenção da transmissão vertical (PTV) teve início em Cabo Verde em 2004 com a formação do pessoal da saúde e a criação de condições nos centros de saúde reprodutiva, que favorecessem esta intervenção. Pois, “trabalham no âmbito deste programa e atuam aconselhando e acompanhando as grávidas, orientando-lhes, no sentido de fornecer condições apropriadas para a gravidez, desempenhando assim, um papel de grande importância na vida destas mulheres e de todo o portador do VIH” (Ministério da Saúde de Cabo Verde, 2005, p.31).

Neste sentido, apresenta-se alguns períodos de aconselhamento durante a gravidez, sendo muito relevante.

#### **Aconselhamento durante a gravidez**

No âmbito das ISTs (Infecção Sexualmente Transmissível) e VIH/SIDA, “o aconselhamento é tido como uma prática preventiva ampla, que transcende o âmbito da

testagem e contribui para a qualidade das ações educativas em saúde” (Araújo, Silveira e Melo, 2008, p.1154).

O aconselhamento é entendido como, **um** processo de escuta ativa, individualizada e centrada no utente. Pressupõe “a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando ao resgate dos recursos internos do utente para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação” (Ministério da Saúde de Cabo Verde, 2004, p.48).

Sendo assim, o processo de aconselhamento contém três componentes, “apoio emocional; apoio educativo, que trata das trocas de informações sobre VIH/SIDA, suas formas de transmissão, prevenção e tratamento; e avaliação de riscos, que propicia a reflexão sobre valores, atitudes e condutas, incluindo o planeamento de estratégia de redução de risco” (*Ibidem*).

Evidentemente, o diagnóstico da infeção pelo VIH durante a gestação desencadeia quase sempre na mulher afetada uma crise pessoal e familiar pelas inúmeras dificuldades que levanta, pois, “incluem a necessidade de informar o cônjuge/companheiro sexual e consequente receio de abandono e/ou agressão, risco de discriminação, incertezas sobre a capacidade de emprego e evolução da sua doença, e particularmente, medo de transmissão da infeção ao filho” (Doroana, Caldeira, Casquilho, Malhado, Marques, Oliveira, Vera, Vasconcelos 2009, p. 56).

Ainda, o autor acrescenta que,

“ na mulher já com outros filhos, a preocupação com seu futuro e hipótese de estes estarem também infetados. A complexidade desta situação exige aos profissionais de saúde enorme disponibilidade para que possam ter uma contribuição concreta na resposta aos problemas e eventuais dúvidas que vão surgindo. Neste sentido, a prática do aconselhamento desempenha um papel fulcral na vida destas mulheres (*Ibidem*) ”.

Também no aconselhamento durante a gravidez, faz-se o aconselhamento pré-teste e pós-teste:

- **Aconselhamento pré-teste**, “é a abordagem inicial, que permite identificar o conhecimento da grávida sobre VIH e outras ISTs, iniciando a análise das situações de vulnerabilidade e de risco em que elas possam estar inseridas e estimular a aceitação para a realização do teste” (Ministério da Saúde do Brasil, 2010, p.175).
- **Aconselhamento pós-teste**:

Quando o resultado é negativo, “deve-se reforçar as orientações sobre as medidas de prevenção, a fim de evitar futuras exposições de risco, reforçando que a testagem não evita a transmissão do vírus em novas exposições” (Ministério da Saúde de Cabo Verde, 2004, p.49).

Quando o resultado é positivo, o impacto costuma ser intenso, tanto para a grávida quanto para o profissional. Portanto, “é fundamental que este último esteja preparado para oferecer apoio emocional, respeitando o tempo de cada grávida para assimilação do diagnóstico, bem como a sua reacção ao resultado” (*Ibidem*).

Neste ultimo caso, o profissional de saúde,

“ vai dar informações sobre o significado do resultado, as alternativas de tratamento para a mãe e a possibilidade de evitar a infecção do filho, os encaminhamentos necessários e a discussão sobre adopção de medidas de prevenção deverão ser oferecidas e abordadas de acordo com a condição emocional e o grau de escolaridade da utente. É importante reafirmar o sigilo do resultado” (Ministério da Saúde de Cabo Verde, 2004, p.49).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde de Cabo Verde (2004, p.49), “é de grande importância estimular a adesão ao tratamento, ressaltando a importância do acompanhamento de técnicos de saúde, para o controlo da infeção e para a promoção da saúde, durante e após a gravidez”. Também, deve-se reforçar a importância da testagem dos parceiros sexuais, oferecendo apoio, caso sejam identificadas dificuldades nesse sentido.

No caso das grávidas em São Vicente,

“ uma vez diagnosticadas seropositivas, o resultado é comunicado durante o aconselhamento pós-teste pelo técnico de saúde (enfermeiro ou médico) que fez o pedido. Posteriormente, são encaminhadas ao Centro de Saúde Reprodutiva de Bela Vista, podendo ser encaminhadas para consulta de psicologia na Delegacia de Saúde de S. Vicente. Nesta consulta é elaborada a história clínica e feito o estadiamento da infeção VIH para decidir o início da profilaxia da transmissão vertical” (Ministério de Saúde de Cabo Verde, 2005, p.33).

Ainda o mesmo autor realça que “todas as grávidas devem ser encaminhadas às 36 semanas de gestação para o parto, na maternidade de um hospital onde disponha de possibilidades para a realização de cesariana” (*Ibidem*).

Entretanto, há grávidas que podem chegar na maternidade em trabalho de parto, na qual se desconhece a condição serológica desta. Nestes casos, utiliza-se o teste de diagnóstico rápido para diagnosticar possível infecção.

É neste sentido que Duarte *et al*, (2009, p.407), expõe que, o teste de diagnóstico rápido,

“ permite que a grávida não testada no pré-natal, portanto, sem uso de ARV, tenha acesso à zidovudina endovenosa durante o trabalho de parto, no caso de seropositividade, e seu recém- nascido possa utilizar este fármaco no período neonatal. Além disso, permite orientar para o aleitamento artificial, importante fonte de contaminação para estas crianças”.

### **1.3.2. Fatores associados à transmissão vertical do VIH**

O conhecimento dos fatores que aumentam o risco de transmissão vertical do VIH “é um passo essencial para se diminuir as taxas de transmissão vertical deste vírus, visto que, facilita a implementação de estratégias objectivas, visando o seu controlo” (Duarte *et al*, 2009, p.411).

De entre estes fatores, segundo o Ministério da Saúde do Brasil (2005, p.816) destacam-se:

- Fatores virais: entre estes, a carga viral materna elevada, a diversidade do vírus circulante e resistência viral”.
- Fatores clínicos e imunológicos,

“ a presença de doenças oportunistas, a presença de IST (infecção sexualmente transmissível), incluindo as vaginites, aumenta o risco de transmissão vertical do VIH, o que justifica a importância de seu rastreamento e tratamento precoces. Também, a sífilis, pode acarretar danos placentários, aumentando o risco de transmissão intra-uterino do VIH” (Ministério da Saúde do Brasil, 2010, p.172).

- Fatores obstétricos: realização de procedimentos invasivos durante a gravidez, tais como amniocentese e cordocentese, pode conduzir a um maior risco de transmissão vertical, devido à lesão da placenta” (Ministério da Saúde do Brasil, 2010, p.172).

O tempo de rutura das membranas amnióticas também está associado ao risco de transmissão vertical, pois, “quanto maior o tempo de rutura, maior será o risco de transmissão do VIH, principalmente, quando dura mais de quatro horas. Os fatores associados ao trabalho de parto interferem diretamente no risco de transmissão” (*Ibidem*).

- Fatores comportamentais,

“ entre estes, o uso de drogas que acarretam, dano vascular da placenta, aumentando a sua permeabilidade e, conseqüentemente, o risco de passagem do VIH e sua transmissão intra-uterino. Também, as práticas sexuais desprotegidas aumentam o risco de reinfecção pelo próprio VIH, acarretando aumento na carga viral, além da exposição a variantes resistentes do vírus e da aquisição de outras IST” (Ministério da Saúde do Brasil, 2010, p.172).

- Fatores relacionados ao recém-nascido: como a prematuridade e o baixo peso.
- Fatores relacionados ao aleitamento materno, “está associado a um risco adicional de 7 a 22% de transmissão” (Ministério da Saúde de Cabo Verde, 2004, p.48).

Para o Ministério de Saúde Brasil, (2006, p.32), “as fases terminais da gestação e o trabalho de parto são as etapas de maior risco de transmissão da infecção por VIH. Muitas crianças são infetadas durante o trabalho de parto devido à aspiração ou ingestão de material sanguíneo ou secreções cervicais”.

Para este autor os fatores associados á transmissão vertical são: “duração prolongada da rutura das membranas; corioamniotite aguda (resultante de uma infecção sexualmente transmissível ou outra); técnicas de parto invasivas que podem aumentar o contato do bebê com o sangue materno (por exemplo, episiotomia); ser a primeira criança de um nascimento múltiplo”.

#### **1.4. Estigma e Preconceitos face a gestante com VIH/SIDA**

As questões discriminatórias em relação ao portador do VIH/SIDA ainda existem e são marcantes, o que se observa na prática dos serviços de saúde. Pois,

“ as pessoas que são portadoras desta doença são, em maior ou menor grau, estigmatizadas em todo mundo, e esta estigma é a expressão de rutura social, rejeição pessoal, perda de suporte de inserção como alojamento, emprego e leis que privam as pessoas que tem, e que são infectados pelo VIH/SIDA, dos seus direitos básicos (Azevedo 2008, p.83)”.

Sabe-se que, de modo geral, “a maternidade é um desejo natural de qualquer mulher” (Oliveira e Júnior, 2003, p.315), entretanto, embora exista o desejo da concepção, no caso de uma mulher seropositiva, são muitos os deveres para que a gestação transcorra de forma tranquila e natural, tornando um momento muito difícil na vida da gestante e uma barreira para a construção do vínculo mãe-filho.

Segundo Galvão *et al* (2010, p.371),

“ o cotidiano da gestante portadora do VIH é dominado por interrogação, dúvidas e incertezas. Preocupa-se com a revelação do diagnóstico, convive com a expectativa quanto ao futuro da criança, se o filho será ou não portador do VIH, se ela sobreviverá o suficiente para cuidar do filho ou se este ficará sob os cuidados da família e, ainda, pode sofrer diversas situações permeadas por preconceitos e estigma”.

Pois, estar grávida e ser portadora do VIH, implica uma rotina repleta de questionamentos, incertezas e inseguranças para a grávida. “Pode trazer preocupações e sobrecargas psicológicas relacionadas ao enfrentamento do diagnóstico, do *status* de saúde e do estigma do VIH/SIDA, a revelação ou não da doença para a família e a incerteza ao seu futuro e o futuro da criança” (Gonçalves e Piccinini, 2008, p.459).

Contudo, “o VIH/SIDA ainda simboliza uma sentença de morte para muitas pessoas e o papel social da mãe é cuidar do filho, logo, muitas vezes, acredita que não cumprirá seu papel, quebrando assim o contrato social” (Barbosa, 2008, p.39).

Conforme Preussler e Eidt (2007, p.117), “a mulher gestante seropositiva, agregasse a possibilidade da mesma estar gerando uma criança portadora do VIH, sente-se culpada e responsável pela possibilidade de ser a transmissora de uma patologia grave, incurável, sobretudo não aceite pela sociedade”.

## 1.5. Diagnósticos de enfermagem

Não pode-se falar de assistência as gestantes seropositivas, sem antes fazer uma breve análise dos possíveis diagnósticos de enfermagem á essas gestantes, tendo em conta o livro da Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA). Pois, os diagnósticos de Enfermagem são importantes, na medida em que irão contribuir no direcionamento do plano de cuidados para auxiliar os utentes a adaptarem-se a doença e decretarem seus problemas.

Conjuntamente, será elaborado algumas intervenções de enfermagem, relativamente aos diagnósticos propostos, e para isso, apoiou-se nas intervenções da classificação de intervenções de Enfermagem (NIC).

### **Quadro 1:** Possíveis Diagnósticos de Enfermagem as Gestantes Seropositivas



<b>Diagnóstico</b>	<b>Definição</b>	<b>Características Definidoras</b>	<b>Fatores Relacionados</b>	<b>Intervenções</b>
<b>Ansiedade</b>	Estado subjetivo no qual o indivíduo experimenta um sentimento de incômodo e inquietação, cuja fonte é frequentemente específica ou desconhecida por ele.	Aprensão; Medo; Excitação excessiva; Angústia; Nervosismo.	Ameaça ou mudança no ambiente; Crise situacional ou existencial.	Redução da ansiedade; melhora no enfrentamento; técnica para acalmar; orientação antecipada e presença.
<b>Fadiga</b>	Estado no qual o indivíduo experimenta uma sensação constante de sobrecarga, de exaustão e diminuição da capacidade para o trabalho físico e mental.	Inabilidade para manter as rotinas usuais; Desempenho diminuído, desinteresse pelo ambiente ou introspecção.	Falta de atividade de lazer no ambiente, durante hospitalização prolongada, ou em tratamentos longos e frequentes.	Controle do humor; Controle da nutrição; Promoção de exercício; Incremento do sono.

<b>Interacção social prejudicada</b>	Quantidade insuficiente ou excessiva, ou qualidade ineficaz, de troca sócia.	Desconforto em situações sociais; Comportamentos de interacção social mal sucedidos.	Mobilidade física limitada.	Proporcionar o aumento da socialização; promoção da normalidade; aumento da auto-estima; aumento do sistema de apoio; suporte a família; jogo terapêutico; melhora do enfrentamento e terapia familiar.
<b>Isolamento Social</b>	Estado no qual o indivíduo experimenta solidão, percebida como uma imposição dos outros e como um estado negativo.	Sentimentos expressos de rejeição; Experiência de sentimento de ser diferente dos outros.	Repouso no leito ou imobilidade; Fraqueza generalizada.	Suporte para protecção contra abuso; suporte emocional; fazer aconselhamento; deve ajudar no aumento da auto-percepção e na promoção da normalidade.
<b>Medo</b>	Estado no qual o indivíduo apresenta um sentimento de temor relacionado a uma fonte identificável que ele pode verificar.	Imaginação aumentada; Apreensão; Habilidade para identificar o objeto do medo.	Possibilidades de mudanças fisiológicas; Separação de pessoas significativas, numa situação potencialmente ameaçadora (por ex: hospitalização, tratamento	Aconselhamento; enfrentamento; apoio á tomada de decisão; aumento de segurança.

			prolongado, prisão, etc.).	
<b>Distúrbio da auto-estima</b>	Estado no qual o indivíduo verbaliza auto-avaliação indevida (negativa ou positiva) podendo ser expressa directa ou indirectamente.	Expressão de vergonha ou culpa; Projeção de culpa ou responsabilidade de problemas; Hipersensibilidade ao menosprezo ou á critica.	Ameaça ou mudança no ambiente; Crise situacional ou existencial	Melhora da imagem corporal; Aconselhamento; Grupo de apoio; suporte emocional; aumento de auto-estima.
<b>Desesperança</b>	Estado subjetivo no qual o individuo vê escolha pessoais disponíveis limitadas, ou sem alternativas, e está incapaz de mobilizar energia em seu próprio favor.	Falta de envolvimento no cuidado, ou passividade em permitir o cuidado; Falta de iniciativa	Falta de actividade de lazer no ambiente, durante hospitalização prolongada, ou em tratamentos longos e frequentes	Construção de relacionamento complexa; no aumento de sistema de apoio e na estimulação cognitiva.
<b>Negação</b>	Estado no qual o indivíduo consciente ou inconscientemente, tenta negar o conhecimento ou significado de um evento, com o objetivo de reduzir a ansiedade ou medo, em detrimento de sua saúde.	Incapacidade de admitir o impacto da doença no padrão de vida; negação do medo da morte ou da invalidez.	Biofísicos; Cirurgia; Tratamento da doença	Ajudar a utente na redução da ansiedade, melhora no enfrentamento, aconselhamento e contar-lhe a verdade
<b>Processo familiar alterado</b>	Estado a qual apresenta-se desequilíbrio e	Relacionamento e convívio familiar alterado	Gravidez e VIH/SIDA; situação de	Orientar a cliente e seus familiares sobre a situação transitória/

	desajuste familiar		transição actual	gestação e VIH que estão passando e apoiar os mesmos nas discussões dos problemas, através do diálogo.
<b>Distúrbio da imagem corporal</b>	Confusão na imagem mental do eu físico de uma pessoa	Comportamentos de monitorar o próprio corpo; Preocupação com as mudanças	Biofísicos; Cirurgia; Tratamento da doença	Ouvir ativamente; reduzir a ansiedade; aumento da auto-estima; melhora da imagem corporal; aconselhamento; suporte emocional; presença; cuidado com lesões e orientação antecipada.

**Fonte:** Elaboração própria

## **1.6. Assistência de enfermagem no acompanhamento as grávidas seropositivas durante a gestação**

As gestantes portadoras do VIH constituem uma situação especial para a assistência pré-natal tanto em relação ao desenvolvimento da gestação e do feto, quanto em relação aos aspetos psicológicos, sociais e familiares.

O enfrentamento da gestante e o VIH/SIDA, mostrou que é essencial o papel do enfermeiro, para a realização de uma boa assistência e, conseqüentemente, para o estímulo da aderência dos mesmos, ao uso de medicamentos e de comportamentos promotores de saúde.

Com uma abordagem efetiva, no sentido de “proporcionar apoio físico, emocional e social, o portador, inclusive as grávidas seropositivas, terão informações suficientes, condições emocionais e sociais favoráveis para melhorar sua qualidade de vida, principalmente aderindo às indicações dos profissionais de saúde” (Maia, 2006, p.63).

De acordo com Bernardes, Sousa e Azevedo, 2012, p.382),

“ o enfermeiro, inserido nos cuidados primários de saúde deve estar atento, oferecendo meios para identificação dessas gestantes, através das visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde, uma vez que esses profissionais são capacitados e treinados pelo enfermeiro da unidade de saúde. Esse processo de busca das gestantes deve fazer parte do cotidiano do profissional, a fim de evitar a transmissão vertical”.

Pois, “a enfermagem deveria atuar na atenção pré natal dessas mulheres de forma recetiva, acolhendo-a e ajudando no controle das alterações biológicas e emocionais em conformidade com a equipa médica, através de ações educativas que se descortinam a cada trimestre da gestação” (Viana, Ferreira, Santos e Cabrita, 2013; p.548).

De acordo com Duarte e Andrade (2008), a assistência pré-natal,

“não deve se restringir às acções clinico-obstétricos, mas incluir as acções de educação em saúde na rotina da assistência integral, assim como aspetos antropológicos, sociais, económicos e culturais, que devem ser conhecidas pelos profissionais que assistem as mulheres grávidas, buscando entendê-las no contexto em que vivem”.

Pode-se dizer que, esses dados, são uma mais-valia para o enfermeiro, tendo em conta a educação para a saúde, pois, têm demonstrado ser uma estratégia útil, na prevenção do VIH.

Conforme a OMS (2006;p12),

“ a educação para a saúde tem sido apontada como uma das estratégias mais eficazes, a longo prazo, para diminuir a incidência da infecção VIH/SIDA. O desafio que se coloca aos profissionais é o de iniciar um programa educativo que faça com que a informação sobre VIH/SIDA integre os estilos de vida e provoque uma mudança no comportamento das pessoas”.

Segundo Lowdermilk e Perry, (2008, p.128), “durante o primeiro contato com uma mulher infetada com VIH, a enfermeira deve identificar o que ela sabe sobre a infeção e certificar-se que passa a receber cuidados médicos num serviço especialmente vocacionado para a prestação de cuidados a pessoas com infeções por VIH/SIDA”.

Na opinião dos autores Pereira, Costa, Campos, *et al*, (2007, p.32) acompanhamento da grávida tem por objectivos,

“ prestar cuidados personalizados; prevenir a transmissão mãe-filho; promover o bem-estar materno-fetal garantindo uma vigilância adequada, de acordo com protocolos clínicos; assegurar o cumprimento da terapêutica anti-retrovírica; garantir o acompanhamento, a informação e a preparação para a maternidade; diminuir a ansiedade e o sofrimento provocados pela doença, por vezes apenas conhecida já no contexto da gravidez; contribuir para assegurar a saúde global da mulher”.

Logo, para o Ministério de Saúde Brasil (2006,p.34), os enfermeiros devem informar as gestantes que,

- Em caso de carga viral alta na ocasião do parto, para prevenir a transmissão da infecção para o bebê, deve fazer a cesariana electiva (antes do início do trabalho de parto), sendo a via de parto de escolha.
- Para o recém-nascido estará indicado o uso do AZT em solução oral, logo após seu nascimento, que deverá ser mantido durante as primeiras seis semanas de vida (42 dias).
- Existe o risco de transmissão do VIH pela amamentação, tanto pela mãe quanto por outra mulher (amamentação pela ama de leite). Por esse motivo a amamentação é contra-indicada, bem como o aleitamento cruzado, devendo essas mulheres ser orientadas quanto a obtenção e o preparo do leite artificial (fórmula infantil).
- Toda criança exposta ao VIH terá, ao nascer, o resultado do teste anti-VIH positivo, pela presença de anticorpos maternos. Portanto, será necessário o acompanhamento da criança, em serviço especializado, até definição de seu diagnóstico.
- É necessário que o (s) parceiro (s) realize (m) o teste anti-VIH.
- É importante o uso correto do preservativo (masculino ou feminino) durante todas as relações sexuais, com vistas à prevenção de transmissão e/ou reinfecção pelo VIH e de outras DST.
- Após avaliação do caso, o profissional de saúde poderá concluir da necessidade de realizar o teste de todos os filhos do casal”.

Vale salientar que a assistência de enfermagem prestadas as pessoas com VIH não deve ser direccionada somente a ele, mas, a família também precisa ser alvo dos cuidados, uma vez que o envolvimento dos mesmos no processo de recuperação pode interferir positivamente na saúde do paciente.

Portanto, “a assistência da equipe de enfermagem e médica a gestante seropositiva encontram-se inseridas em todas as fases da epidemia do SIDA, que vai desde a prevenção, a fase diagnóstica, bem como a terapêutica da doença” (Fonseca 2011, p.57).

### **1.6.1. Contributo de Enfermagem as Grávidas Seropositivas e a Família**

Evidentemente, os enfermeiros precisam compreender o papel da família como uma instituição social, visto que está ligada a todas as instituições dentro da sociedade.

Neste sentido Hanson (2005, p.94), afirma que, “os enfermeiros também podem fortalecer o sistema de apoio social da família através do uso de si próprio como terapêuticas e através da identificação de outros serviços de apoio”.

Assim, o enfermeiro encontra um campo propício junto dos familiares de utente com VIH, para desenvolver o seu papel de educador em saúde. Ele é a pessoa da equipe mais habilitada a esclarecer a família no que for preciso e converter os seus membros em agentes de cuidado ao paciente. O enfermeiro pode atuar estabelecendo uma relação de confiança e de parceria com a família e trabalhar para informá-la acerca da doença, suas causas, consequências, e, o mais importante, a forma de enfrentá-la.

A família é, assim,

“a entidade natural a quem se solicita o desempenhar do papel de prestador de cuidados, para garantir o suporte social indispensável para reinserção e reabilitação social da pessoa. Enquanto célula de solidariedade interpessoal esta é um parceiro essencial na ação dos enfermeiros, bem como de outros profissionais de saúde” (Hesbeen, 2003, p.65).

### **1.6.2. Educação para a Saúde**

Educar as pessoas para a saúde é conceber condições para que possam saber o porquê das coisas e levando-as a modificar os seus comportamentos e hábitos que muitas vezes estão enraizados e fazem parte da sua cultura. Mostrar-lhes que podem aprender e sensibilizá-las para a importância dos conhecimentos ligados a sua saúde.

Para Carvalho e Carvalho (2006, p.23), a “educação é um processo dinâmico, “concretamente na educação para a saúde EPS (Educação Para a Saúde), este dinamismo tenta desenvolver a liberdade do homem junto de outros homens, incita e ensina o homem pensar e decidir por si mesmo perante situações e momentos da sua vida individual e colectiva”.

A EPS deve, no entanto, “constituir um processo interativo reconhecido e aceite pela comunidade, e adquirir uma postura de participação ativa e de parceria com responsabilidades na determinação da sua própria saúde e qualidade de vida”(Ibidem).



Pois, na ótica da OMS (2006, p.12),

“ a educação para a saúde tem sido apontada como uma das estratégias mais eficazes, a longo prazo, para diminuir a incidência da infecção VIH/sida. O desafio que se coloca aos profissionais é o de iniciar um programa educativo que faça com que a informação sobre VIH/sida integre os estilos de vida e provoque uma mudança no comportamento das pessoas”.

Além de que, a “EPS tem sido identificada lado a lado com o movimento de promoção da saúde. As atividades da educação para a saúde devem estar relacionadas com os valores e crenças do utente e da sua família” (Stanhope e Lancaster 1999, p.980).

O processo de educação para a saúde que os enfermeiros dos cuidados de saúde primários devem promover na prática diária das suas atividades consiste em “habilitar as pessoas a melhorarem, de forma consciente, o controlo sobre a sua saúde, de modo a valorizá-la, numa orientação positiva e, ao mesmo tempo funcional” (OMS 2006, p.13).

Assim, educar as pessoas para a saúde é, criar condições para que adquiram informações e competências necessárias para fazerem escolhas saudáveis e modificarem os comportamentos de risco. Por vezes, não se mudam comportamentos apenas porque alguém dá indicação da necessidade de mudança, ou disponibiliza a informação atualizada em saúde. A mudança ocorre quando no processo de EPS os interesses e necessidades do indivíduo, da família e da comunidade são valorizados, envolvendo-os como sujeitos ativos e participantes. Todo este processo exige dinâmica ao nível do planeamento.

Educar em saúde é uma das funções de maior importância no trabalho realizado pelo enfermeiro(a), pois através da transmissão de seu conhecimento, pode fazer com que as pessoas possam mudar de hábitos de vida, adotarem novos conceitos de saúde e práticas saudáveis para uma vida melhor. Para o sucesso como educador e cuidador é fundamental que se estabeleça uma relação de confiança com o grupo envolvido e é através da comunicação existente, que será realizado este elo de ligação entre o enfermeiro e o utente.

Para Carvalho, Carvalho (2006, p.23) a educação “é um processo dinâmico, concretamente na educação para a saúde, este dinamismo tenta desenvolver a liberdade do homem junto de outros homens, incita e ensina o homem a pensar e decidir por si mesmo perante situações e momentos da sua vida individual e colectiva”.

“ o enfermeiro deve perceber que os estilos de vida estão intimamente ligados aos valores, às prioridades e às possibilidades ou condicionamentos práticos de situações culturais, sociais, económicas e de aprendizagem. Poucas pessoas alteram deliberadamente um estilo de vida contrário à saúde; assim, o planeamento é essencial para que a educação para a saúde seja eficaz”. (*ibidem*)

Vale ressaltar que a assistência de enfermagem prestada ao paciente com VIH não deve ser direccionada somente a ele mas, a família também precisa ser alvo dos cuidados, uma vez que o envolvimento dos mesmos no processo de recuperação pode interferir positivamente na saúde do paciente.

Logo, os enfermeiros precisam compreender o papel da família como uma instituição social, visto que está ligada a todas as instituições dentro da sociedade. Neste sentido Hanson (2005, p.94), afirma que “os enfermeiros também podem fortalecer o sistema de apoio social da família através do uso de si próprio como terapêuticas e através da identificação de outros serviços de apoio”.

Na mesma linha de pensamento, Torres e Ruffino (2001, p.9), comentam que,

“ a atuação da equipe de saúde, em especial o enfermeiro/a junto aos clientes portadores do vírus VIH devem lançar mão de várias estratégias, não apenas no aconselhamento, mas em atividades educativas, formação de grupos de apoio para os clientes, para familiares, entre outros. Assim, para que o enfermeiro/a possa orientar seus clientes/comunidade, necessita possuir conhecimentos e habilidades técnicas, pedagógicas e de planeamento sobre as práticas educativas em VIH/SIDA, a fim de desenvolver e administrar tal processo educativo”.

Assim, o enfermeiro encontra um campo propício junto dos familiares de pacientes com VIH, para desenvolver o seu papel de educador em saúde. Ele é a pessoa da equipe mais habilitada a esclarecer a família no que for preciso e converter os seus membros em agentes de cuidado ao utente. O enfermeiro pode atuar estabelecendo uma relação de confiança e de parceria com a família e trabalhar para informá-la acerca da doença, suas causas, consequências, e, o mais importante, a forma de enfrentá-la.

### **1.6.3. Cuidados às Gestantes com VIH à Luz das Teorias de Enfermagem**

Para fazer uma análise sobre o cuidado de enfermagem as gestantes com VIH, não serão possíveis, sem antes falar um pouco das teorias de enfermagem, que são essenciais para a prática da profissão. Para Tomey e Alligood (2002, p.18),

“ a teoria não só é essencial para a existência da enfermagem enquanto disciplina académica, como também é vital para a prática da profissão. A aplicação dos conhecimentos de enfermagem na prática é um critério que actualmente, está na linha da frente com ênfase na responsabilidade pela prática de enfermagem baseada na teoria e no crescente reconhecimento de que a teoria de médio alcance é característica da prática de enfermagem”.

Carraro, (1998, p. 105) diz que,

“ a história da enfermagem modificou-se após os registos de Florence Nightingale, com a consequente instituição da enfermagem moderna, estabelecendo um contraste entre a prática da Enfermagem exercida por pessoas preparadas para tal e a prática anterior. Ainda que de forma empírica e sem consciência disso, Nightingale actuou embasada num Modelo de Enfermagem”.

A Enfermagem, assim como outras profissões, vem, ao longo do tempo, construindo um corpo próprio de conhecimentos e firmando-se como ciência. As Teorias da Enfermagem são construções teóricas, relativamente recentes da profissão e se caracterizam como um corpo de conhecimentos científicos, filosóficos, proporcionando, muitos deles, um constructo para o processo de cuidar.

Dentro desse contexto, encontramos como suporte teórico para este trabalho a Teoria do Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem. Esta teoria, apesar de ter sido escrita há vários anos, ainda é referência ao se tratar de autocuidado. Não é possível, dentro da enfermagem, falar em autocuidado sem citar Orem.

Pois, na óptica de Fonseca (2011, p.35), no cuidado à gestante com VIH, podem surgir conflitos: “seja pelo risco de contaminação mãe/bebê; seja pelo despreparo em lidar com esse público ou até mesmo como se dará o estabelecimento do respeito ao direito reprodutivo dessas mulheres, bem como a convivência com as demais [...], referente à condição sorológica do gestante VIH”.

Para Dorothea Orem (1995), o cuidado é uma palavra usada para significar diferentes coisas em diferentes contextos. “Na profissão de cuidado da saúde, é comumente usada com o senso de tomar conta, cuidar. Cuidar significa assistir, ser responsável por, fazer provisões de ou para, cuidar de algumas pessoas ou de algumas coisas” (FOSTER; JANSSEN, 1993, p. 92).

De acordo com Dorothea Orem, “a enfermagem tem como especial preocupação a necessidade de realizar ações de autocuidado ao indivíduo e o oferecimento e controle disso está em uma base contínua para sustentar a vida e a saúde, recuperar-se da doença ou ferimento e compatibilizar-se com seus efeitos” (*Ibidem*). “

Orem considera que as pessoas desejam e podem se tornar aptas no seu autocuidado, podendo os profissionais de enfermagem assumir esta tarefa, quando as pessoas não apresentam condições para fazê-lo por si próprias (LEOPARDI, 1999, p. 75).

No caso das gestantes seropositivas, que não aceitam a sua condição sorológica, o enfermeiro vai atuar, no sentido de adoptar estratégias para melhor desenvolver a assistência há estas gestantes, mas tem que conhecer o contexto epidemiológico, social, económico e cultural, as atitudes e comportamentos dos mesmos.

Portanto, a Teoria do Déficit de Autocuidado, que constitui a essência da Teoria Geral da Enfermagem de Dorothea Orem, vai de encontro com, explanação acima, pois,

“ observa a necessidade da presença da enfermagem, ou seja, quando e por que o indivíduo, família ou o grupo social necessita ser ajudado pelos profissionais e pelas ações desenvolvidas. Estas ações passam a ser executadas quando um adulto ou familiar se encontra incapacitado ou limitado, para prover autocuidado contínuo e eficaz” (Scherer, Borenstein e Padilha, 2009, p.360).

Nessa mesma linha de pensamento, mencionar-se-á cinco métodos de ajudas, identificadas por Orem (1995) *apud* Tomey e Alligood (2002, p.216), que também podem ser adotadas as gestantes seropositivas:

1. Agir ou fazer para o outro;

2. Guiar o outro;
3. Apoiar o outro (física ou psicologicamente);
4. Proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal quanto se tornar capaz de satisfazer demandas futuras ou atuais de acção;
5. Ensinar o outro.

Portanto, no caso do VIH, em alguns momentos, a dependência de medicamentos ou fármacos é indispensável. Por outro lado,

“ quando à questão dos profissionais de saúde, a independência e produção de ações de autocuidado à saúde por parte do individuo são as resultadas de um atendimento adequado dos profissionais de enfermagem quanto às questões referente à educação em saúde, distribuição de responsabilidade e auto cuidado” Scherer (2006, p.35).

Ainda, complementando, o enfermeiro é o profissional, que esta mais próximo dos utentes, comprometido com a saúde, necessidade de autocuidado e qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidades. Logo vai atuar nas cinco áreas de actividade para a prática da enfermagem, referidas por Orem *apud* Foster e Janssen (1993) identifica:

1. Iniciação e manutenção das relações enfermeiro-cliente, com pessoas, famílias ou grupos, até que os clientes possam, realmente, ser dispensados da enfermagem.
2. Determinação da possibilidade de os clientes serem ajudados pela enfermagem e a maneira como isso pode se dar.
3. Resposta às solicitações, desejos e necessidades dos clientes, de contato e ajuda de profissionais de enfermagem.
4. Prescrição, oferecimento e regularidade de ajuda direta a clientes e seus outros importantes, sob a forma de serviços da enfermagem.
5. Coordenação e integração dos serviços de enfermagem com a vida diária do cliente com outros cuidados de saúde necessitados ou sendo recebidos e com outros serviços de carácter social ou educativo, necessário ou sendo recebidos.

Na teoria de autocuidado de Orem (1995), *apud* Scherer (2006, p.39), o autocuidado é,

“ a ação madura das pessoas que desenvolveram a capacidade de cuidar delas mesmas e de suas situações em seus ambientes; a agência ou o poder de agir deliberadamente para regular fatores internos e externos que afectam seu próprio desenvolvimento e funcionamento. Ele também é entendido como a condução voluntária do comportamento, guiado por princípios que dão duração para a acção”.

Pois, as pessoas adultas são vistas como tendo o direito e a responsabilidade de cuidar de si mesmas e manter a sua própria vida racional e saudável e, consequentemente, ter tais responsabilidades por pessoas socialmente dependente delas.

Durante uma doença, “é necessário mudança na estrutura humana, no funcionamento físico e nos hábitos diários, em que as pessoas focalizam suas atenções nelas mesmas” (Foster e Janssen,1993, p. 92). Os requisitos para o autocuidado por desvio de saúde são:

1. Busca e garantia de assistência médica adequada;
2. Conscientização e atenção aos efeitos e resultados de condições e estados patológicos;

3. Execução efetiva de medidas prescritas pelo médico;
4. Conscientização e atenção, ou regularização de efeitos desagradáveis ou maléficos de medidas prescritas de cuidados médicos;
5. Modificação do autoconceito (e da auto-imagem), na aceitação de si como estado um estado especial de saúde e necessitando de formas específicas de cuidados de saúde.

## **CAPITULO II-PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**



## **2.1. Metodología**

Depois da explanação do capítulo contextual, como forma de proceder-se a compreensão mais detalhada do tema à ser estudado, passou-se a fase metodológica, onde foi delineado o caminho à ser seguido durante a investigação.

È de referir que, nesta fase, estabelecem e justificam-se as escolhas metodológicas (tipo de estudo, abordagem, campo empírico), indica-se o método e os instrumentos de recolha de informações, explica-se como foram tratados os dados, apresenta-se e analisa-se os resultados.

Assim, a metodologia é considerada o caminho percorrido, para alcançar os conhecimentos desejados. Na perspectiva de Prodanov e Freitas (2013, p.14), “a metodologia é a aplicação de procedimentos e técnicas que devem ser observados para construção do conhecimento, com propósito de comprovar sua validade e utilidade nos diversos âmbitos da sociedade”.

### **2.1.1. Tipo de estudo**

Este estudo é do tipo qualitativo-exploratório e fenomenológico, pois, além do levantamento bibliográfico, foi feito entrevistas com pessoas que têm experiências práticas com o problema do VIH e gestação.

Para Hicks (2006,p.7) “a Investigação qualitativa è um meio pelo qual se pode obter perspetivas / descrições acerca de pontos de vista, opiniões, sentimentos e crenças, de uma pessoa, dentro de determinados parâmetros.

Este estudo visa descrever um fenómeno, ainda não muito explorado para um melhor conhecimento sobre o tema, por isso pode-se dizer que é exploratório.

### **2.1.2. Campo Empírico**

O presente estudo foi realizado nos diferentes centros de saúde (Bela Vista, Ribeirinha, Monte Sossego, Chã de Alecrim), localizados na ilha de São Vicente, mais precisamente no sector materno-infantil.

Estes Centros de Saúde encontram-se divididos em seção Maternal, seção infantil, gabinetes médicos, sala de procedimentos de enfermagem, refeitório, sala de espera com receção, farmácia, vestiário, casas de banho e sala de esterilização. A escolha do local se deve-se ao fato de serem os sítios onde as mulheres fazem o pré-natal, logo, é o lugar mais provável para atendimento as gestante seropositivo.

### **2.1.3. Selecção dos Participantes**

Os participantes dessa pesquisa foram 06 (seis) enfermeiros, integrados nos setores materno-infantis dos centros de saúde. A escolha desses participantes deu-se pelo fato de serem os mesmos que prestam assistência direta e contínua às gestantes e puérperas seropositivas, também por poderem facultar informações pertinentes para esta investigação e o fato aceitarem participar do estudo.

### **2.1.4. Instrumentos de colheita de informações**

Utilizou-se a entrevista, por ser o instrumento de recolha de dados que mais se adequa á este trabalho, também é o método mas adequado para obter os dados e tendo em conta o tipo de estudo que pretendia efetuar .. Elaborou-se um guião com um conjunto de pergunta à abordar na entrevista, tendo em conta os objetivos propostos e porque neste tipo de entrevista é o pesquisador que tem o controlo da entrevista e da análise de dados.

Prodanov e Freitas (2013: 106), definem a entrevista como sendo, “a obtenção de informações de um entrevistado sobre determinado assunto ou problema”. As entrevistas foram realizadas de formas estruturadas e individuais, á 6 enfermeiros, com duração de mais ou menos 15 minutos. Foram realizadas nos Centros de Saúde entre Maio/Junho.

No roteiro de entrevista (Apêndice III), constam-se primeiramente os dados da caracterização dos sujeitos da pesquisa, dados pessoais e profissionais, e dados para o alcance dos objectivos levantados.

#### **2.1.5. Questões éticas de investigação**

Na realização de qualquer investigação, o investigador deve cumprir os princípios éticos. Estes obrigam-no a informar, a respeitar e a garantir os direitos das pessoas que participam voluntariamente na pesquisa. Fortin (1999, p.114), refere-se a ética como sendo “ [...] o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta”. Como tal, toda investigação/estudo suscita o surgimento de questões morais e éticas, pelo que é necessário preservar os direitos e liberdade dos sujeitos que participam no estudo.

A colheita de dados foi formalizada após aprovação do projeto, sendo realizada, portanto, no mês de Janeiro de 2015, durante as aulas Seminários Avançados em Investigação Científica. Todas as entrevistas ocorreram no local e horário de trabalho dos entrevistados, com um pacto e previamente acordado.

Antes de aplicação da entrevista solicitou-se uma autorização à Delegacia de Saúde de Vicente, através de um requerimento (Apêndice I) no qual estava especificado o tipo de estudo que pretendia efectuar e quais os objectivos da investigação, em que a delegada de saúde autorizou a recolha de dados. Também, a Coordenação do curso de Enfermagem da Universidade do Mindelo facultou-nos uma declaração para entregar no local de pesquisa (Anexo I).

Ainda foi entregue um Consentimento Informado (Apêndice II) a cada entrevistado, em que estava expresso os objectivos da entrevista bem como a importância de participação na referida investigação. Para as entrevistas utilizou-se um guião de entrevista (Apêndice III) com os objectivos de conhecer a assistência de saúde adoptada às gestantes com VIH, bem como as dificuldades encontradas nas intervenções e saber o papel do enfermeiro na terapêutica anti retroviral.

Este guião foi entregues as enfermeiras participantes e recolhidas logo após o término das mesmas. Esse guião de entrevista passou-se por uma avaliação, onde foi entregue aos docentes e orientadora com o objectivo de analisarem as questões e validarem

a mesma. Na transcrição das entrevistas utilizou-se nomes fictícios (nomes de flores), respeitando o anonimato dos participantes e a fala das personagens foram igualmente acatada.

## **CAPITULO III-FASE EMPIRICA**

## 2.1. Apresentação e Análise dos Dados

Nesta seção será apresentado e analisado o conteúdo das entrevistas. Recordando que trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, logo, a análise de dados será apresentado recorrendo a interpretações e com ilustrações em citações extraídas das entrevistas, demonstrando as perspectivas e experiências vivenciadas pelos enfermeiros na assistência às gestantes com o VIH.

### 2.1.1. Apresentação dos dados

Para Fortin (2009, p.59) na fase de interpretação dos dados, “o investigador empenha-se em explicar os resultados, apoiando-se nos trabalhos anteriores e na teoria. A interpretação tenta fazer ressaltar a significação dos resultados. Esta fase finaliza com a comunicação dos resultados em conferência, artigos, relatório de investigação”.

### 2.1.2. Caracterização dos Participantes

Essa fase tem por objetivo definir o perfil dos participantes (enfermeiros) entrevistados de acordo com os seguintes indicadores: a idade, o sexo, Habilitações literárias e profissão. Após uma breve caracterização dos participantes da pesquisa, daremos início às análises das entrevistas com esses enfermeiros.

**Quadro 2: Caracterização dos participantes da pesquisa**

Entrevistados	Gênero	Idade	Habilitações Acadêmicas	Profissão
Rosa	Feminino	57	Licenciatura	Enfermeira
Jasmim	Feminino	58	Licenciatura	Enfermeira
Girassol	Feminino	43	Curso Geral de Enfermagem	Enfermeira
Lírio	Feminino	53	Licenciatura	Enfermeira
Amor de um dia	Feminino	55	Curso Geral de Enfermagem	Enfermeira
Cravo	Feminino	47	Curso Geral de Enfermagem	Enfermeira

**Fonte:** elaboração própria (Dados da pesquisa)

Pela análise do quadro que caracteriza os participantes, pode-se concluir que os entrevistados são 6 enfermeiros do sexo feminino, isso devido ao fato de os enfermeiros que trabalham na seção materna são só enfermeiras, e estas é que estão diretamente ligadas as gestantes seropositivas. Verifica-se que as faixas etárias se encontram compreendidas entre 43 á 58 anos e que 3 são licenciadas e os outros 3, possuem o curso de Enfermagem geral.

### **2.1.3. Analise dos dados**

Para prosseguir com a análise dos dados colhidos numa abordagem qualitativa, optou-se pela análise de conteúdo, sendo o método que melhor se adapta aos objetivos do presente estudo. Pois, Bardin (2006, p.16), cita que “a análise de conteúdo é uma técnica de investigação que tem por finalidade a descrição objetiva, sistemática e qualitativa do conteúdo manifesto da comunicação”.

Assim, para uma melhor interpretação dos dados colhidos, após uma leitura integral das entrevistas, esses foram reagrupados em categorias.

A importância da aplicação da análise de conteúdo, neste estudo advém da possibilidade dessa técnica poder revelar o posicionamento dos participantes, em relação à temática da assistência adotada pelos enfermeiros na prestação de cuidados às gestantes com VIH nos centros de saúde, por serem os profissionais de saúde que vivenciam esta realidade. Assim passamos a narrar as categorias:

**Categoria 1-** Contribuição de cuidados de enfermagens às gestantes com VIH;

**Categoria 2-** Perceção dos enfermeiros face a vivência das gestantes com VIH;

**Categoria 3-** Necessidades de cuidados de enfermagem as gestantes seropositivas;

**Categoria 4-** Adesão das gestantes seropositivas a terapêutica anti-retroviral;

#### **1- Contribuição de cuidados de enfermagens as gestantes com VIH**

Com a infeção pelo VIH/SIDA nas mulheres, surge a preocupação com o controle da transmissão vertical e o desenvolvimento de uma assistência de enfermagem que contribuam no acompanhamento às gestantes seropositivas, permitindo identificar os fatores de risco e as potencialidades para a saúde da mulher e do seu filho

Logo, o objetivo desta primeira categoria é verificar como os enfermeiros têm lidado com gestantes seropositivos, como é esse relacionamento, se esse número de gestantes é considerável e os contributos dos cuidados de enfermagem.

Sobre as respostas obtidas observou-se que elas não lidam muito com as gestantes seropositivas. Apresentando-se alguns exemplos dos discursos.

Rosa elege que “ *não muita, porque a taxa é muito baixa* ”.

Jasmim acrescenta que- “*não muitas* ”.

Já para Amor de um Dia- diz que “*não porque durante 14 anos de profissão ela detectou 3 casos novos, um em 2010, outro em 2012 e 1 agora em 2015*”.

Cravo ainda acrescenta que “*sim, que tem lidado, mas em quantidade muito reduzida*”.

Em relação ao relacionamento entre o enfermeiro e às gestantes seropositivas, acredita-se que os enfermeiros são profissionais de saúde que devem estar capacitados para ter um bom relacionamento com essas gestantes, pois, são eles que estão na maioria das vezes com estas utentes e para tal há que haver um relacionamento estável, para que sintam à vontade e confiarem no enfermeiro.

Segundo Jasmim o Relacionamento *entre o gestante seropositivo é muito bom e de respeito*. Já para Cravo- “*normal, como se fosse outra gestante, sem qualquer discriminação*”.

Rosa- acrescenta que “*deve existir um bom relacionamento, pois há que haver um clima de confiança e respeito*”.

Amor de um Dia afirma que “*há um relacionamento de sã convivência, são informados da sua situação, fazem o controlo regular, vêm buscar os anti-retrovirais na data e procuram o Centro de Saúde Reprodutiva sempre que necessitarem*”.

Quanto á a taxa de VIH, nas gestantes, se tende a aumentar ou diminuir onde pretendia-se saber qual a noção dos enfermeiros sobre os dados estáticos acerca do VIH, constatou-se que elas não estão muito por dentro do assunto, pelo que, obteve os relatos abaixo.

Jasmim refere que, *não tem a certeza, mas que no seu ponto de vista tende a diminuir, porque tem assistido poucas gestantes seropositivas*.

No dizer de Cravo “*este número tende á aumentar*”.



No ponto de vista de Lírío “*tendo em conta os números que tem atendido, este tende a diminuir*”.

Rosa realça que “*não tem dados estatísticos*”.

Ainda para Amor de um dia “*embora alguns dados estatísticos realçam o aumento no que tange ao meu atendimento, estes caos não estão a aumentar*”.

Com a primeira categoria pode-se observar que, o relacionamento é bom e vantajoso para as gestantes seropositivas, apontando para a promoção do bem-estar materno, possibilitando uma gestação segura e consequentemente o nascimento de uma criança saudável, porém pode-se dizer que o número de gestantes atendidas é baixo, isso nos leva a pensar que ou as estratégias do Ministério da Saúde de Cabo Verde tem surtido efeitos positivos, ou nem todas as gestantes seropositivas tem procurado os centros de saúde para fazerem as consultas pré-natais.

## **2- Percepção dos enfermeiros face a vivência das gestantes com VIH**

A segunda categoria tem como finalidade conhecer a percepção dos enfermeiros, quanto a vivência das gestantes, portadora do vírus VIH.

Pode-se constatar que no primeiro impato quando recebem esta informação, ficam desesperadas, sem saber o que fazer, mas, que com o tempo e apoio já vêm o problema mais aprazível.

Pois, Rosa confirma que quando as gestantes recebem a notícia que são seropositivas, “*no primeiro instante, há um desespero em que elas só falam que vão morrer, mas depois de um bom dialogo, elas acabam por acalmar-se*”.

Jasmim refere que “*elas ficam chocadas e choram muito*”.

De acordo com Lírío “*elas entram em pânico, nota-se algum desânimo, elas dizem sempre que vão morrer e que suas vidas já não têm sentido*”.

Conforme Amor de um dia “*no primeiro impato há uma não-aceitação da doença, dívidas, desespero e depois conformidade com a situação dentro do possível*”.

Em relação aos enfermeiros notarem alguma diferença no comportamento destas utentes após receberem a notícia, proferiram os seguintes comentários, em que quase todas

foram unânimes em responder que os comportamentos modificam logo no primeiro instante do recebimento do mesmo.

Jasmim alega que o *“comportamento é de afronta, mas acabam por aceitar depois de uma boa conversa sobre o estilo de vida que devem seguir”*.

Cravo acrescenta que *“no primeiro impacto antes da aceitação falem sempre da morte, em por termo a vida, mas depois começam a pensar no bebé”*.

Lírio enfatiza que *“nota alguma tristeza no olhar, sentimento de culpa, as vezes ficam transtornadas, e algumas vezes negam esta doença”*.

Rosa diz que *“depois do aconselhamento e durante a gestação, há sempre mudança de comportamento em benefício da saúde da criança”*.

Amor de um dia realça que *“ficam desconfiadas perante a possibilidade de outro utente saber da sua situação fica menos comunicativo em grupo”*.

Sobre o que, o que o enfermeiro faz no sentido de ajudar estas gestantes, teve como objetivo avaliar o papel do mesmo no atendimento às gestantes seropositivas, mostraram a importância da comunicação terapêutica e da educação para a saúde que devem estabelecer visando à obtenção de um trabalho eficaz.

Apresenta-se algumas réplicas das entrevistas.

Segundo Jasmim *“há que haver comunicação entre o utente e o enfermeiro com ela sobre o estilo de vida que ela deva adotar, vantagem do método antirretroviral, falar da importância de fazer o pré -natal e de fazer a consulta médica e sobre a alimentação que deve fazer”*.

Cravo refere que, fazendo *“aconselhamento, mostrando-lhes que são pessoas normais e o que lhes aconteceu, poderá acontecer a qualquer outra sem protecção”*.

Lírio acrescenta que *aconselhamento “ falando-lhes da importância do medicamento antirretroviral, que vai-lhes ajudar a levar uma vida melhor, também explicar-lhes o estilo de vidas que devem levar”*.

Amor de um dia afirma que *“falando com elas mostrando-lhes sempre disponibilidade, apoiá-las sempre quando necessitarem dando conforto nas situações mais delicadas”*.

Relativamente a consciência dos cuidados que as gestantes deverão ter com o bebé, pretendia-se saber se o enfermeiro faz ensino às gestantes, alertando-as sobre um

parto seguro e a melhoria de qualidade dos recém-nascidos e das puérperas. Os enfermeiros comentem, que começam a fazer a educação desde o primeiro instante, que recebem o resultado do teste.

Jasmim profere o seguinte comentário *“elas adquirem o conhecimento através das consultas pré-natais e seguem estes exemplos e depois do nascimento dos filhos voltam para mostrar como é que a criança está a desenvolver”*.

Cravo diz que é *“lhes explicado como é que vai ser o procedimento”*.

Lírio alega que durante o *pré – natal* lhes *“é lhes ensinado o procedimento a ser seguido durante o parto e o puerpério”*.

Amor de um dia é de opinião que *“tem informação médica, de enfermagem, psicóloga entre outros que abordam a transmissão vertical”*.

Acerca das dificuldades que encontram na assistência de Enfermagem às gestantes com o VIH, onde almejava saber os obstáculos que os enfermeiros deparam no atendimento á essas utentes, deparou-se que não partilham de mesmas opiniões, pelo que:

Amor de um Dia – realça que *“até a presente data nada significativo, mas acha que seria importante criarem um centro de apoio aos familiares e parceiros destas gestantes”*.

Girassol enfatiza que *“quando não aparecem para fazer a medicação, porque nestes casos temos que ir a procura delas nos seus domicílios”*.

Já para Cravo *“as dificuldades surgem ao tentar consciencializa-las para a aceitação das suas novas condições de vida”*.

Lírio refere que *“tem dificuldades em dar-lhes a notícia do teste, que elas são portadoras do vírus e encaminha-las ao Centro de Saúde da Bela Vista”*.

Relativamente á como ultrapassam estes obstáculos, visando saber a capacidade do enfermeiro em superar as barreiras encontradas, foram claras e concisas nas respostas, afirmando que a comunicação deverá ser a melhor ferramenta á ser utilizada. E ainda uma referiu que, há que trabalhar com suas famílias no intuito de explica-las a nova condição de vida que devem adotar.

Jasmim alegou que *“tratando-as com normalidade e conversando com elas. Girassol acrescenta que Indo á procura destas gestantes”*.

Cravo salienta que *“através do diálogo focando no novo ser que vai nascer e que precisa dela”*.

Lírio revela que *“através de uma busca ativa, explicar-lhes a importância das consultas pré natais, tanto para elas como para os seus filhos”*.

Rosa evidencia que consegue ultrapassar estes obstáculos *“através de muito dialogo sempre explicando-lhes que trata-se de uma doença crónica e que se levar uma vida regrada, pode-se viver uma vida saudável”*.

Amor de um dia adiciona *“que deve-se trabalhar com a gestante e suas respectivas famílias, fazer visitas aos domicílios, ou aproveitando quando elas vêm á consulta com os companheiros para falar-lhes do novo estilo de vida que elas devem adoptar”*.

Pode-se constatar que, com os relatos das enfermeiras, o VIH/SIDA provoca nas mulheres sentimentos de aflição, medo da morte e da discriminação. Mas, com uma escuta aberta, sem julgamento nem preconceitos, muitas vezes, permita à mulher falar de sua privacidade de com segurança, possibilitando na tomada de decisões acertadas, assumindo um maior responsabilidade pessoal pela sua saúde, isto é, na adesão ao tratamento medicamentoso, a adoção de comportamentos preventivos, contribuindo assim para um parto seguro.

### **3- Necessidades de cuidados de enfermagem as gestantes seropositivas**

Esta categoria, tem como objetivo saber quais têm sido as assistências feitas pelos enfermeiros nos centros de saúde.

As entrevistadas alegam que deve-se trabalhar com as gestantes seropositivas, no sentido de orientá-las sobre a sua nova condição de vida e mostrá-las que os enfermeiros são pessoas em que podem confiar.

Jasmim afirma que deve-se tentar *“transmitir confiança e dar boas informações”*.

Girassol fundamenta que *“deve-se fazer aconselhamento, fazer entender que é uma doença crónica mas que com a toma diária dos medicamentos pode ter qualidade durante a vida”*.

Lírio diz que *“deverão fazer ensino sobre o estilo de vida que devem adoptar para levar uma vida saudável, como devem levar a sua vida sexual”*.

Rosa comenta que deve-se *“orientar á gestante no sentido e fazer correctamente a medicação, orienta-la sobre o parto e não aleitamento materno”*.

Amor de um Dia- elucida que *“acolhimento adequado é essencial, saber escutar”*.

Sobre as necessidades que os enfermeiros deparam nos centros de saúde, que os dificultam na prestação de cuidados às gestantes seropositivas, duas delas afirmaram que nos seus locais de trabalho não existem dificuldades na prestação à essas utentes, pelo que as outras, contraditoriamente responderam que:

Jasmim acha que *“as necessidades são de ter profissionais especializados na área, porque muitas vezes temos que encaminha-las a outros centros”*.

Já para Cravo *“há inexistência de um feedback por parte dos outros profissionais de saúde”*.

Lírio opina que *“há uma inexistência de formação aos profissionais de saúde para lidarem com estas situações”*.

Rosa contraria os participantes supracitados dizendo que *“não existe dificuldades, porque, quando tem consulta médica e de psicólogo e medicação na mão”*.

Em relação ao centro necessitar de uma equipa multidisciplinar.

Alcançou os seguintes comentários em que na opinião de duas participantes, já existe essa equipa multidisciplinar no Centro de Saúde onde elas laboram e as outras responderam que ainda precisa do engajamento de mais profissionais de saúde.

Jasmim explana que sim, *“porque caso houvesse uma equipa multidisciplinar não teriam a necessidade de deslocar estas utentes a outros centros de saúde”*.

Cravo acrescenta que *“apesar de terem condições com alguns elementos, ainda falta a confiança dos outros profissionais de saúde na enfermagem”*.

Lírio comenta que *“já existe esta equipa e que esta ajuda num melhor atendimento á estas gestantes”*.

Amor de um dia elucida que *“já existe, só que não concentra num único centro”*.

Sobre a adesão das gestantes portadoras do VIH à consulta pré-natal, no presente estudo, os participantes alegaram que existe uma boa adesão, visto que são lhes informadas sobre as vantagens de fazerem o pré-natal, para os seus benefícios dos seus filhos.

Jasmim diz que *“há uma boa adesão porque logo que lhes são dadas a notícia que elas são portadoras do vírus lhes é explicado que devem seguir as consultas pré – natais para que o bebé nasça com saúde”*.

Cravo esclarece que *“daquelas que passarão por mim todas aderiram á consulta pré-natal sem problemas”*.

Lírio confirma que *“tem uma boa adesão, mas com muito receio de serem estigmatizadas”*.

Com a intenção de conhecer, a conduta dos enfermeiros, perante uma gestante que fez o pré natal uma vez e que desistiu, as participantes mantiveram firmes em elucidar que o aconselhável neste caso é ir à procura destas utentes, explicando-lhes a importância de fazerem as consultas pré-natais.

Jasmim afirma que *“indo á procura delas”*.

Girassol acrescenta que *deve-se “fazer uma procura ativa”*.

Cravo pronuncia que o papel do enfermeiro *“é ir á procura delas e explicar-lhes porque devem continuar á ir para as consultas pré-natais e a importância desta para elas e para a criança”*.

Lírio profere que *“deve-se ir ter com elas e explica-las que devem fazer o pré-natal para detectar possíveis anomalias que a criança possa ter”*.

Amor de um dia elucida que *“é importante ir a procura delas nos respectivos domicílios, pedir ajuda do assistente social e familiares”*.

Quanto as recomendações feitas durante a consulta pré-natal acerca do parto e do puerpério? As respostas obtidas mostraram que têm vindo a educar as utentes no intuito de fazerem o parto via cesariana, contribuindo para a diminuição da transmissão vertical. Sendo que as participantes do estudo afirmaram que as gestantes são informadas sobre o procedimento do parto e a alimentação do recém-nascido.

Jasmim diz que *“são lhes avisada que o parto deverá ser por cesariana, que elas não devem amamentar o seu filho para que não corra o risco de transmitir o vírus ao recém-nascido, sobre a alimentação do bebé, sobre o planeamento familiar depois do parto, do uso do preservativo”*.

Girassol sustenta que *“as gestantes devem fazer cesariana e dar leite artificial ao bebé, visto que não podem amamentar”*.

Cravo acrescenta que *“às 37 semanas de gestação são encaminhadas à maternidade porque são aconselhadas para fazer cesariana e não dar de mamar a criança”*.

Lírio enfatiza que as recomendações são *“que não devem amamentar os filhos, pois podem transmitir o vírus a criança, parto deve ser via cesariana para não correrem o risco de transmitir a infecção ao filho e a fazer o planeamento familiar depois de terem o bebé”*.

Rosa defende que *“deve-se indicar o parto por cesariana, recomendar o leite artificial e cuidados coma as secreções”*.

Amor de um dia elucida que *“há que haver regularidade no tratamento, uso de preservativo, parto hospitalar, não amamentação e tratamento do recém-nascido durante dois anos e seguir as prescrições médicas”*.

Relativamente a esta categoria, pode-se observar algumas contradições em relação a existência de uma equipa multidisciplinar nos centros de saúde, pois, a quem afirma que existe esta equipa, mas também a quem diz que não. Apesar dos que afirmam que existe esta equipa multidisciplinar, alegam que há necessidade de profissionais especializados e mais qualificados em todos os centros de saúde.

Em relação a como deve ser as intervenções de enfermagem perante as gestantes com VIH a maioria das enfermeiras expuseram que, para que haja um relacionalmente de confiança há que fazer um bom acolhimento, assim o enfermeiro pode avaliar os conhecimentos da gestante sobre a infeção pelo VIH/SIDA e informá-la sobre o que não sabem. Também referem que os cuidados prestados â estas gestantes devem ser diferenciados das outras.

Quanto a adesão das gestantes as consultas pré-natais, a maioria refere que há uma boa adesão, mas sempre deixam transparecer algum receio por parte das gestantes seropositivas. E quando dão a notícia da seropositividade e algumas delas desaparecerem, o melhor a fazer é uma procura ativa, informando-as do risco que estão a correr caso não fizerem o pré-natal, e as vantagens de uma gestação segura e consequentemente uma boa qualidade de vida.

#### **4-Adesão das gestantes seropositivas a terapêutica anti-retroviral**

No que diz respeito à presente categoria, onde pretendia-se saber o que dificulta as gestantes seropositivas a não aderirem a terapêutica, encontrou-se as seguintes respostas em que as participantes mostraram que as utentes não aderem na totalidade a terapêutica indicada. Elas alegaram que:

Girassol refere que *“Durante a gravidez aderem bem, mas em alguns casos outras abandonam o tratamento depois do puerpério”*.

Lírio- acrescentou que *“Se calhar o mito que existe sobre esta doença, não conhecimento das vantagens da medicação e falta de confiança nos profissionais de saúde”*.

Amor de um dia ainda alega que falta a *“Informação e sensibilização adequada sobre os benefícios dos mesmos durante a gestação”*.

Sobre qual a estratégia que o enfermeiro(a) utiliza para convencer a gestante a aderir à terapêutica anti-retroviral? As enfermeiras retorquiram que primeiramente há que mostrá-las os benefícios dos mesmos, para que saibam a importância de tomarem esses medicamentos.

Girassol defende que *“deve-se mostrá-las as vantagens da medicação”*.

Cravo é de opinião que *“o aconselhamento para o benefício próprio de maior longevidade e juntamente com a cesariana as chances da criança nascer saudável”*.

Lírio alega que fazendo-lhes *“ensino sobre os efeitos dessa medicação”*.

Rosa opinou que falando-lhes do *“benefício para a sua saúde e do seu filho”*. Amor de um dia diz que *“não tem tido problemas neste sentido mas que a estratégia é mostra-las os benefícios para ela e para o feto”*.

Sobre qual tem sido o contributo do enfermeiro na adesão à terapêutica anti-retroviral nas gestantes, opinaram que há que trabalhar com elas visando mostrá-las a importância dessa terapêutica e que a mesma irá ajuda-las a ter uma maior longevidade e com mais qualidade de vida.

Jasmim proferiu que deve-se *“mentalizar as utentes sobre a vantagem desse medicamento na sua vida”*.

Girassol acrescenta que *“tomam os medicamentos na farmácia e dam as utentes, orientando sempre”*.



Cravo alega que *“o contributo é convence-las da vantagem de terem uma vida normal se forem disciplinadas e leva-las a adesão”*.

Lírio é de opinião que *“é importante educá-las, transmitindo informações sobre as vantagens de tomar esta medicação”*.

Nesta categoria foi possível constatar que a maioria das gestantes seropositivas aderem a terapêutica anti-retroviral, mas isso, é durante a gestação, pois, em alguns casos acabam por abandonar o tratamento depois. E nestes casos, os enfermeiros devem sensibiliza-las sobre os benefícios do TARV antes, durante e após a gestação.

Em suma, pode-se dizer que houve evidência de percepções positivas e negativas sobre o cuidado as gestantes com VIH. Tais percepções precisam ser consideradas já que constituem subsídios importantes para a qualificação do cuidado prestado a essas gestantes.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste trabalho foi de extrema relevância, uma vez que permitiu refletir sobre a temática abordada e realçar o papel do enfermeiro no que tange as mulheres seropositivas. Pode-se ver que os enfermeiros têm um papel importante referente a assistências as gestantes seropositivas, visto que são eles que estão mais próximos das utentes nas consultas, daí a importância de prestarem um atendimento de qualidade, visando a detecção de dificuldades durante a gestação.

Com o desenvolvimento da pesquisa foi possível constatar que as consultas pré-natais são de uma extrema importância, visto que são durante as mesmas que a maioria das gestantes ficam a saber que são portadoras do vírus VIH e daí, pode-se identificar os riscos de uma gestação e minimizar as complicações quando detetadas a tempo.

Logo, durante as consultas pré-natais devem ser desenvolvidas estratégias que visam prevenir a transmissão vertical, estabelecer um relacionamento de confiança, para que estas gestantes se sintam seguras para fazerem as suas consultas. Também é de realçar a importância do apoio dos familiares durante a gravidez e a assistência de enfermagem pelo que por si só a gravidez é uma fase muito sensível, sendo mais complicado quando se tem vírus do VIH.

Com as entrevistas pode-se dizer que os enfermeiros têm consciência das necessidades que estas gestantes acarretam e daí estarem cientes das suas necessidades. Apesar de terem dificuldades em transmitir as utentes os resultados dos testes (quanto for positivo), tendo em conta a reacção que as utentes podem ter, visto que, esta é uma doença crónica com consequências para a vida toda e pelo fato de esta ser uma patologia ainda muito estigmatizada pela sociedade.

Com a pesquisa bibliográfica e as entrevistas realizadas, ficou confirmada que o enfermeiro tem um papel importante no que tange ao ensino às gestantes seropositivas, portanto, pode-se dizer que a pergunta de partida (Qual a assistência de enfermagem prestada às gestantes com VIH nos centros de saúde de São Vicente) foi respondida, pois, a assistência é baseada na comunicação com as gestantes, mostrando-lhes o benefício das

consultas pré-natais, consequentemente um parto seguro e ensino no sentido da adesão ao tratamento e promoção de um estilo de vida saudável.

É de realçar que os enfermeiros dos Centros de Saúde após receberem o resultado do teste e esta der positivo a gestante é encaminhada ao Centro de Saúde da Bela Vista onde estas têm o seguimento pré-natal, visto ser o local mais habilitado para acompanhar estas gestantes.

Ao realizar este estudo deparou-se com alguns obstáculos no que tange a falta de bibliografias, não obstante, os objetivos foram alcançados.

Durante a realização do presente trabalho, uma das limitações encontradas foi a indisponibilidade dos enfermeiros na participação da pesquisa, também o fato inicialmente querer desenvolver um estudo de caso à uma gestante seropositiva para complementar a investigação, pelo que tal não foi possível, visto que à gestante foi informada acerca da pesquisa, aceitou em participar, entretanto iniciamos mas no meio ela acabou por desistir, referindo que não queria que ninguém soubesse do seu estado e também não queria ter problemas com o marido. E não houve mais oportunidade de continuar o estudo com outras gestantes seropositivas.

Outra limitação importante é em relação aos dados epidemiológicos de grávidas com VIH/SIDA, ou mesmo da transmissão vertical, serem de todo Cabo Verde, pois, não foi encontrado dados referente só da ilha de São Vicente, que é o campo de interesse.

Com o término do trabalho pode-se dizer que adquiriu-se conhecimentos imprescindíveis que ajudarão futuramente como profissional de saúde e a nível pessoal. Também pode-se concluir que a assistência de enfermagem compreende um conjunto de atuações e os enfermeiros devem estar capacitados para ajudarem estas gestantes levarem uma vida digna, além dos esclarecimentos sobre as complicações que esta pode causar durante a gravidez e as consequências para o feto se não aderirem as consultas pré-natais.

## RECOMENDAÇÕES

As recomendações que se seguem, foram elaboradas tendo em conta as necessidades observadas, relativamente as gestantes seropositivas e as revisões bibliográficas feitas ao longo do trabalho no sentido de melhorar a situação dessas gestantes no que refere a assistência prestada.

- O Ministério de Saúde deverá formar uma equipa de profissionais de saúde mais qualificada para trabalhar com as gestantes seropositivas;
- Criar estratégias que visam aumentar a adesão das gestantes seropositivas as consultas pré-concepcionais, com objectivo de consciencializar essas gestantes sobre a importância dessa consulta;
- Que as campanhas sobre o VIH/SIDA se estendam as gestantes seropositivas;
- Identificar as razões pelas quais as gestantes, muitas vezes não recorrem aos centros de saúde para fazerem o planeamento familiar;
- Criar um centro de apoio às gestantes seropositivas e suas famílias.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, A. B. (2010). *Perfil das crianças expostas ao VIH atendidas em ambulatório de referência VIH/AIDS em Brasília-DF: visão sobre o atendimento pré-natal*. Monografia. Hospital Regional da Asa Sul. Brasília. 41p.

ALVES, V H (2008). *O papel do enfermeiro no pré-natal de gestantes seropositivas para VIH*. Revista Enfermagem Brasil, v7, nº2.

AMARAL, E.; ASSIS-GOMES, F.; MILANEZ, H.; CECATTI, J.G.; VILELA, M. M.

& SILVA, J. L. (2007). *Implementação oportuna de intervenções para reduzir a transmissão vertical do HIV: uma experiência brasileira bem-sucedida*. Ver Panam Salud Publica; 21(6): 357-64.

ARAÚJO, M. A. L.; SILVEIRA, C. B.; MELO, S. P. (2008). *Vivências de gestantes e puérperas com o diagnóstico do HIV*. Rev Bras Enferm; 61(5): 589-594.

AZEVEDO-PEREIRA, J.M.; SANTOS-COSTA Q, MONIZ-PEREIRA J. 2005. *HIV-2 infection and chemokine receptors usage – clues to reduced virulence of HIV-2*. Curr HIV Res; 3:3-16.

BARBOSA, r. c.m. (2008). *Validação de um vídeo educativo para a promoção do apego seguro entre mãe seropositiva para o VIH e o seu filho*. Tese da Universidade Federal do Ceará, Programa de pós-graduação em enfermagem. Fortaleza.

BARDIN, L. (2006). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

BERNARDES, MJC., SOUSA Vilela, M., De AZEVEDO Filho, FM (2012). *Estratégias para redução da transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e sua relação com a Enfermagem*. Nº 28, Revista electrónica trimestral de Enfermagem.

BRAGHETO, A. C. M. (2008). *Crianças portadoras do VIH/ SIDA: Desenvolvimento emocional e competência social*. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão preta da universidade de São Paulo. 84p.

Brasil (2008). Ministério da Saúde. Secretaria Políticas de Saúde. *Programa Nacional de DST e AIDS. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com VIH e AIDS*. Brasília (DF): Ministério da Saúde.

BRITO, A. M.; DOURADO, I.; LUNA, C. F.; SOUSA, J. L. (2006). *Tendência da transmissão vertical de SIDA após terapia Anti-retroviral no Brasil*. Rev Saúde Pública; 40:18-22.

CABRAL IP, LEAL I (2000). *Congresso Nacional de Psicologia da Saúde - Um olhar sobre um paradoxo: o desejo de maternidade, a percepção da doença e o suporte social em mulheres grávidas e mães seropositivas para o VIH*. In: Ribeiro J, Leal I, Dias M, editore. Lisboa: ISPA;. p. 323-37.

CALADO, A. M. C. (2011). *O receptor das quimiocinas CCR8-sua relevância como co-receptor alternativo para isolados primários de HIV-1 e VIH*. Curso de Mestrado em Doenças Infecciosas Emergentes. Universidade De Lisboa. Faculdade De Medicina.155p.

CAMBRUZZI, C.; LARA, G. M. (2012). *VIH/AIDS em idosos brasileiros*. Rev. Conhecimento. Disponível em: [www.feevale.br/revista\\_conhecimento](http://www.feevale.br/revista_conhecimento). Acesso em 11 de Maio de 2015.

CANAVARRO MC (2006). *Gravidez e maternidade - representações e tarefas de desenvolvimento*. In: Canavarro MC, organizador. Psicologia da gravidez e da maternidade. 2ª ed. Coimbra: Quarteto; p. 17-49.

CARVALHO, A. E CARVALHO, G. (2006). *Educação para a Saúde; Conceitos, Prática e Necessidade de Formação*. Loures, Portugal: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

CHEIN, M. B. C.; GAMA M. E. A.; MENDES, W. S.; SILVA, M. J. M.; VERAS, D. S. (2010). *Perfil clínico-laboratorial de crianças vivendo com HIV/AIDS por transmissão vertical em uma cidade do Nordeste brasileiro*. Rev. Soc. Bras. Med. Trop; 43(1):56P.

CARRARO, Telma Elisa (1998). *Marco conceitual: subsídio para a assistência de enfermagem*. Cogitare Enferm., Curitiba, v. 3, n. 2.

COSTA, Abílio; CAMPOS, Ana; PEREIRA, Carla; FERREIRA, Edith e SANTOS Maria, (2007). *Enfermagem Modelos de Intervenção Coordenação Nacional para a infecção VIH/Sida*.

COSTA, Maisa dos Santos e SILVA, Girlene Alves da (2006). *Gestante VIH positivo: o sentido da descoberta da seropositividade durante o pré-natal* Faculdade de Enfermagem da UFJF Campus Martelos, Bairro Martelos.

DE CASTRO TPT (2001). *VIH e Gestação*. Rev. Cient. AMECS, v.10 (1).

DOROANA, M. M. S; CALDEIRA, L. F. D. C; CASQUILHO, J. P. L. P; MALHADO, J. A; MARQUES, R. A. R. M; OLIVEIRA, J. M. F; VASCONCELOS, C. A. S; VERA, J. A. V. C. (2009). *Recomendações Portuguesas para o Tratamento da Infecção VIH/SIDA*. Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida. 102p.

DUARTE, G.; FIGUEIRÓ-FILHO, E.A.; Quintana, S. M. (2009). *Prophylaxis of vertical transmission human immunodeficiency virus type 1*. Rev. Femina. 37(8): 403- 411.

FIGUEIRÓ-FILHO, Ernesto António; TAMURA, Igor Alexandre e COELHO, LÍlian Rezende (2009). *Infecção pelo vírus HIV-1 e gestação*. Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Femina-v37n4-p181.pdf> Em Junho de 2015.

FONSECA (2011). Emanuel Nildivan Rodrigues da. *Vivências de profissionais de saúde no processo de cuidar de mulheres seropositivas no ciclo gravídico puerperal*. João Pessoa. Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCS.

FORTIN; Marie-Fabienne (1999). *O processo de investigação: Da concepção à Realização*. Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda. Loures

FOSTER, P.C.; JANSSENS, N.P. D.E.O. In: GEORGE, J.B. et al (1993). *Teorias de Enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas. Cap. 7, p. 90-107

GALVÃO MTG, CUNHA GH, MACHADO MMT (2010). *Dilemas e conflitos de ser mãe na vigência do HIV/AIDS*. Revista Brasileira de Enfermagem, v.63, n3.

GIL, António Carlos (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6ª ed. São Paulo Atlas.

GIR, Elucir; VAICHULONIS, Carla Gisele; OLIVEIRA, Marcela Dias de (2005) *Adesão à terapêutica anti-retroviral por indivíduos com VIH/AIDS assistidos em uma instituição do interior paulista*. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlac/v13n5/v13n5a05.pdf> Em Junho de 2015.

GONÇALVES, T.R e PICCININI, C.A (2008). *Experiência da maternidade no contexto do HIV/Aids aos três meses de vida do bebe*. Psicologia: Teorias e Pesquisas,v.24, n.4.

HANSON, S. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde a família teoria prática e investigação*. (2ª ed.). Loures, Portugal: Editora Lusociência.

HESBEEN, W. (2003). *A reabilitação: Criar novos caminhos*. Loures, Portugal: Editora Lusociência.

HICKS, Coralyn (2006). *Método de investigação para terapêuticos clínicos: concepção de projectos de aplicação e análise*.3ª ed, Lusociência, Portugal.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE). Cabo Verde. Ministério da Saúde, e Macro International. (2008). *Segundo Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva, Cabo Verde, IDSR-II*, 2005.Calverton, Maryland, USA: INE.

LEOPARDI, Maria Tereza (1999). *Teorias em enfermagem: instrumento para a prática*. Florianópolis: Papa-Livro.

LOPES, L. M. M. C. (2007). *Gravidez e seropositividade em mulheres imigrantes na Região de Lisboa*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde Ed. Alto-Comissariado Para A Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI, I.P.) Universidade Aberta de Lisboa. 254p.

MAREK, P. a. (2003). *Enfermagem Médico -Cirúrgico Conceitos e Prática Clínica*. Lusociencia.

MARQUES, H. H. (2005). *Evolução clínica e laboratorial de recém-nascidos de mães HIV positivas*. Rev. Assoc. Med. Bras; 51(2): 49-56.

MARQUES, M. S; PEREIRA, B. S; SILVA, J. K; SOARES, H. C. (2011). *Enfrentamento da feminização da epidemia da AIDS*. FG Ciência, Guanambi; 1(1): 01-18.

McCLOSKEY, Joanne C.; BULECHEK, Gloria M. (2004).*Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. 3ªedição. Porto Alegre: Artemed Editora.

MENCHE, A. S. (2000). *Medicina Interna e Cuidados de Enfermagem*. Lusociencia-Edições Técnicas e Científicas Lda 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DE CABO VERDE. (2004). *Aconselhamento em IST, HIV E Sida: Directrizes e Procedimentos Básicos*. Programa de Luta Contra a SIDA/IST do Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. (Adaptado de “Aconselhamento em DST,



HIV e AIDS. *Diretrizes e Procedimentos Básicos*” / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de IST e SIDA – Brasília 1998 - Brasil).

MINISTÉRIO DA SAÚDE DE CABO VERDE. (2004). *Manual de formação para o Aconselhamento em IST, HIV e SIDA*. Programa de Luta Contra a SIDA/IST do Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. (Adaptado de Manual de Formação de Aconselhamento em IST, HIV e SIDA/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de IST e SIDA – Brasília 1998 - Brasil).

MINISTÉRIO DE SAÚDE Brasil (2006), *Caderno de Atenção Básica VIH/AIDS /Hepatites e outras DST*.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DE CABO VERDE. 2004. *Protocolo De Terapêutica Anti-Retroviral. Direcção-Geral de Saúde. Programa de luta contra a SIDA/IST, Tuberculose e Lepra*. Praia, Acedido em Junho de 2015. Disponível em: [www.minisaude.gov.cv](http://www.minisaude.gov.cv).

MINISTÉRIO DA SAÚDE DE CABO VERDE. (2005). *Epidemiologia do VIH/SIDA Cabo Verde, 1987 – 2004. Programa de Luta contra a SIDA*. Praia, Novembro de 2005. Acedido em Junho 2015. Disponível em [www.minisaude.gov.cv](http://www.minisaude.gov.cv).

MINISTÉRIO DA SAÚDE DE CABO VERDE. (2006). *Relatório estatístico do Anom2005. Gabinete de Estudos, Planeamento Cooperação*. Praia. Consultado em 14 de Junho de 2015, em [www.minsaude.gov.cv](http://www.minsaude.gov.cv)

MINISTÉRIO DA SAÚDE DE CABO VERDE. (2007). *Relatório estatístico do Ano 2006. Gabinete de Estudos, Planeamento Cooperação*. Praia. Consultado em 14 de Junho de 2015, disponível em [www.minsaude.gov.cv](http://www.minsaude.gov.cv)

MINISTÉRIO DA SAÚDE DE CABO VERDE. (2007). *Situação epidemiológica do VIH/SIDA em Cabo Verde*. Programa de Luta contra a SIDA/ Serviço de Epidemiologia. Direcção Geral de Saúde. Praia, 2007. Disponível em [www.minisaude.gov.cv](http://www.minisaude.gov.cv). Acesso 8 de Junho de 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DE CABO VERDE. (2010). *Relatório estatístico do Ano 2009. Gabinete de Estudos, Planeamento Cooperação*. Praia. Consultado em 14 de Junho de 2015, disponível em [www.minsaude.gov.cv](http://www.minsaude.gov.cv)

MIRANDA, A. M. (2003) – *Evolução natural da infecção por VIH – Aspectos clínicos*.

- Dossier VIH e SIDA. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 19: 587-597
- NANDA (2008). *Diagnóstico de Enfermagem da NANDA: Definição e Classificação*. Artemed Editora.
- OLIVEIRA, L.A. e JUNIOR, I.F (2003). *Demandas reprodutivas e a assistência às pessoas vivendo com HIV/AIDS: limites e possibilidades no contexto dos serviços de saúde especializados*. Cadernos de saúde pública, v.19, n.2
- OMS (1998). *HIV/AIDS: Prevenção, tratamento, cuidado*. Disponível em: [http://www.unicef.org/prescriber/port\\_p16.pdf](http://www.unicef.org/prescriber/port_p16.pdf). Em Junho de 2015
- PERRY,Lowdermilk (2006). *Enfermagem na Maternidade*. Lusodidacta, 7ªEdição Lisboa. Lusociência
- POTTER; Patrícia e PERRY; Anne (2006). *Fundamentos de Enfermagem – Conceitos e procedimentos*. 5ª Edição. Lisboa. Lusociência.
- PREUSSLER, G.M.E. e EIDT, O.R. (2007). *Vivenciando as advertências do binómio gestação e VIH/AIDS*. Revista Gaucha de enfermagem, v.28, n. 1.
- RH FRESCINA, ROSSELLODIAZ , G MARTINEZ, JA GRANZOTTO, (2010) *Saúde Sexual e Reprodutiva ,Guias para a Atenção Continuada Da Mulher e saúde*
- SCHERER, Lígia Maria; BORENSTEIN, Miriam Süsskind e PADILHA, Maria Itayra (2009). *Gestantes/puérperas com VIH/AIDS: conhecendo os déficits e os factores que contribuem no engajamento para o autocuidado* Disponível em:[www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a17](http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a17). Em 25 Agosto 2015
- SCHOPPMAYER, M. A. (2010). *Medicina Interna Manual para Enfermeiros e outros Profissionais de Saúde*. (S. P. Didactico, Ed., & D. H. Waap, Trad.) Lusodidacta -4ª Edição.
- SHARP,MERC &DOHME, (2005) *Intensificando a prevenção VIH*.
- SIDARUS, M. C. (2007). *Estudos de oxidação da 2-hidroxi-nevirapina, metabolito do fármaco anti-HIV nevirapina*. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Química. Instituto superior técnico. Universidade técnica de Lisboa. 104p.
- STANHOPE e LENCASTER (1999). *Enfermagem Comunitária Promoção da Saúde de Grupos Familiares*, 4ª Edição.

TOMEY, Ann Marriner e ALLIGOOD, Martha Raile (2002). *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. 5ª Edição. Loures Lusociência – Edição Técnica e Científica, Lda.

TORRES, Gilson de Vasconcelos ; RUFFINO, Márcia Caron (2001). *Competência técnica na prevenção do HIV/AIDS: validação de um instrumento*. Rev. Latino-Am. Enferm., Ribeirão Preto, v. 9, n. 6.

UNAIDS. (2011). Informe Outlook. Quedan todos los derechos reservado. Disponível em [www.unaids.org](http://www.unaids.org). Acesso em 3 de Maio de 2015

VIANA, Renata Brum; FERREIRA, Helen Campos Mauro; SANTOS Leonardo Salvador Caldeira dos e CABRITA, Bruno Augusto Corrêa (2013). *Vivências de gestantes seropositivas em relação à assistência de enfermagem: estudo descritivo*. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/18903/pdf/2013>. Em Junho de 2015

## **ANEXOS E APÊNDICES**

## Anexo I - Solicitação Entrega á Universidade para Colheita de dados



UNIVERSIDADE DO MINDELO  
*Sapientia Ars Vivendi*



12 ANOS EM PROL DA SOCIEDADE DO CONHECIMENTO

Exma. Senhora Delegada de Saúde  
São Vicente  
Dra. Arian a Mota

Mindelo, 04 de Novembro de 2014

Assunto: Recolha de Dados para realização da Monografia do Final de Curso

A Coordenação do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, vem por este meio informar que no âmbito da Unidade curricular Seminários de Avançados de Enfermagem e Investigação Científica, integrado no 1º Semestre do 4º Ano do curso os discentes finalistas estão desenvolvendo os trabalhos de conclusão de curso (monografias).

Nesse sentido a Coordenação do Curso vem por este meio mui respeitosamente requerer a Vossa Exma. a autorização para realizarem a colheita de dados necessários a realização da investigação referente a monografia.

Em anexo o plano de distribuição dos referidos discentes nos campos clínicos bem como a lista dos diferentes temas de monografias e o respectivo orientador.

Em caso de alguma dúvida adicional não hesite em contactar via um dos contactos abaixo listados,

Grata pela atenção disponibilizada em prol da educação e formação da nova geração de enfermeiros de Cabo Verde.

  
A Coordenadora do Curso de Licenciatura em enfermagem  
UNIVERSIDADE DO MINDELO

Enf.ª Acelia Mireya Caceres  
Universidade do Mindelo

Departamento Escola Superior de Saúde  
Tel.: 2316810 / 2318515 - E-mail: [mireya.caceres@uni-mindelo.edu.cv](mailto:mireya.caceres@uni-mindelo.edu.cv)

Rua Patrice Lumumba, CP 648 - Mindelo - São Vicente - CABO VERDE  
<http://www.uni-mindelo.edu.cv> - e-mail [geral@uni-mindelo.edu.cv](mailto:geral@uni-mindelo.edu.cv) - Telefone: +238.2326810 - Fax: +238.2325132  
NIF: 562770755

mod 00X.14

## Apêndice I-Requerimento entregue á Delegacia de Vicente para recolha de dados

951.1167  
Tomei conhecimento. Pesquisa autorizada com respeito pela ética e  
pelo sigilo profissional.  
De acordo com o conhecimento das dras. Superintendente de Enfermagem e  
Assistente Social. (Assinatura)  
Ex. Ma Senhora Delegada de Saúde de Vicente  
Dra. ArianaMota

Neusa Sousa Fonseca, de 34 anos de idade, discente do 4ºano do curso de  
Enfermagem nº2559, da Universidade do Mindelo, vem mui respeitosamente solicitar á  
vossa Excelência a autorização para fazer uma pesquisa de dados, importante para um  
trabalho de conclusão de curso, cujo tema se trata de "Assistência de Enfermagem as  
gestantes com VIH". Mais se informa que a duração da mesma se decorrerá entre os meses  
de Março á Maio, na respectiva Delegacia á quem a vossa Excelência se dirige.

Sem mais de momento ficarei aguardando a vossa resposta.

Pede deferimento

A requerente

Neusa Sousa Fonseca

/Neusa Sousa Fonseca/

<b>ENTRADA</b>
Entrada nº <u>33/15</u>
Em <u>19/02/15</u>
Assinat. <u>(Assinatura)</u>
Delegacia de Saúde de São Vicente

Mindelo, Fevereiro de 2015

## **Apêndice II -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Presado(a) senhor(a),

Eu Neusa Sousa Fonseca, estudante do 4º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, na Universidade do Mindelo, gostaria de o/a convidar a participar na pesquisa cujo tema é “Assistência de enfermagem as gestantes com VIH”, orientada pela Enfermeira Fernanda Duarte. O objectivo geral da pesquisa é descrever a assistência adoptada pelos enfermeiros na prestação de cuidados às gestantes com VIH nos centros de saúde. A sua participação será realizada através de respostas á entrevista que eu vou- lhe fazer, e neste contexto a sua participação será importante na medida que contribuirá no processo de recolha de informações que serão trabalhadas na pesquisa que se pretende realizar.

Gostaria de esclarecer que a sua participação é totalmente voluntária, podendo recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isso a prejudique. Todas as informações serão utilizadas somente nesta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Mindelo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2015

---

/Neusa Sousa Fonseca/

## **Apêndice III -Guião de entrevista**

### **Objectivos da entrevista:**

- Identificar quais intervenções de enfermagem na assistência as gestantes seropositivas;
- Verificar as dificuldades encontradas pelos enfermeiros na prestação de cuidados às gestantes seropositivas;
- Verificar a adesão á terapêutica antiretroviral

### **A-Characterização do Enfermeiro/Entrevistado**

1. Sexo: Feminino \_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_
2. Idade \_\_\_\_ anos
3. Habilitações académicas \_\_\_\_\_
4. Profissão \_\_\_\_\_

### **B. A prestação de cuidados às gestantes com o VIH**

1. No percurso da sua profissão, tem lidado com muitas gestantes seropositivas?

---

---

---

2. Como é o seu relacionamento com essas gestantes?

---

---

---

---

---

3. No seu ponto de vista, o número de VIH, nas gestantes, tende a aumentar ou diminuir?



---

---

---

### **C. A reacção das gestantes com VIH**

1. Como reagem as gestantes quando lhes é dada a informação que são portadores do vírus? \_\_\_\_\_

---

---

2. Nota alguma diferença no seu comportamento?

---

---

---

- 2.1 O que faz para ajudar esta utente?

---

---

---

3. Elas têm consciência dos cuidados que deverão ter? Nomeadamente para protegerem o bebé?

---

---

4. Quais as dificuldades que você encontra na assistência destas gestantes?

---

---

5. Como é que consegue ultrapassá-las?

---

---

### **D. Intervenções de Enfermagem**

1. Na sua opinião como deverá ser a intervenção do enfermeiro perante as gestantes com VIH?

---

---

2. Quais as necessidades que você depara neste centro que o dificulta na prestação de cuidados às gestantes seropositivas?

---

---

---

3. Acha que o centro necessita de uma equipa multidisciplinar? Porquê?

---

---

---

4. Qual a adesão das gestantes portadoras do VIH à consulta pré – natal?

---

---

5. Qual a conduta dos enfermeiros perante uma gestante que fez o pré natal uma vez e que desistiu de continuar? \_\_\_\_\_

---

---

6. Quais são as recomendações feitas durante a consulta pré-natal acerca do parto e do puerpério? \_\_\_\_\_

---

---

#### **E. Adesão à Terapêutica Anti-retroviral**

1. Qual a estratégia que, você enquanto enfermeiro(a) utiliza para convencer a gestante a aderir à terapêutica anti-retroviral? \_\_\_\_\_
2. Na sua opinião o que o dificulta as gestantes a não aderirem à terapêutica anti-retroviral? \_\_\_\_\_

---

3. Qual tem sido o contributo do enfermeiro na adesão à terapêutica anti-retroviral nas gestantes?

---

---

